

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถ
ในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี



นางพัฒนกร ทองคำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2233-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF THE PROVISION OF PLANNED INFORMATION AND ANAPANSATI PRACTICE ON
SELF - CARE AGENCY AND ANXIETY OF HIV INFECTED PERSONS

Mrs.Phattanakorn Thongkam

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2005

ISBN 974-14-2233 -4

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติด
เชื้อเอชไอวี

โดย

นางพัฒนกร ทองคำ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

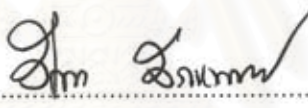
อาจารย์ที่ปรึกษา

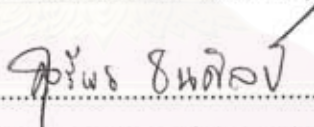
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์

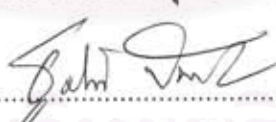
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับเป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต)

สถาบันพัฒนศึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พัฒนกร ทองคำ: ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (EFFECT OF THE PROVISION OF PLANNED INFORMATION AND ANAPANSATI PRACTICE ON SELF-CARE AGENCY AND ANXIETY OF HIV INFECTED PERSONS) อ. ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 159 หน้า. ISBN 974-14-2233-4

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคม ในช่วงกลางวันที่โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติจากผู้วิจัยเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ประเมินความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลองทันทีและภายหลังอีก 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีค่าความเที่ยงวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที่ วัดความแปรปรวนซ้ำแบบทางเดียว

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ความสามารถในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
3. ความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
4. ความสามารถในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ความสามารถในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต..... *Norm Nani*
ปีการศึกษา.....2548..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา *สุวีพร ธนศิลป์*

#4677627036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: HIV INFECTED PERSONS / ANXIETY / SELF- CARE AGENCY /

PHATTANAKORN THONGKAM: EFFECT OF THE PROVISION OF PLANNED INFORMATION AND ANAPANSATI PRACTICE ON SELF- CARE AGENCY AND ANXIETY OF HIV INFECTED PERSONS. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 159 pp. ISBN 974-14-2233-4.

The quasi-experimental research aimed to compare the self-care agency and anxiety before and after their participation in the provision of planned information and anapansati practice, and to compare the self-care agency and anxiety between experimental group and control group. Forty HIV infected persons from OPD clinic in Krabi Hospital were selected by matched pairs into the experimental group and the control group with 20 in each group. The control group received routine nursing care, while the experimental group received the provision of planned information and anapansati practice from the research for 2 weeks. The Anxiety and Self-Care Agency Questionnaires were used to collected data at pre-test, immediately post intervention and 6 weeks post intervention. The reliability of these the State – Trait Anxiety Inventory and the Self-Care Agency Scale were .89 and .75, respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, t-test, and ANOVA.

Major findings were as follows:

1. The anxiety, at immediately and 6 weeks post intervention, of HIV infected persons after receiving the provision of planned information and anapansati practice were significantly lower than before receiving the intervention ($p < .05$).
2. The self-care agency, at immediately and 6 weeks post intervention, of HIV infected persons after receiving the provision of planned information and anapansati practice was significantly higher than before receiving the intervention ($p < .05$).
3. The anxiety, at immediately and 6 weeks post intervention of the experimental group were significantly lower than those of the control group ($p < .05$).
4. The self-care agency, at immediately post intervention of the experimental group and control group were not different, but the self-care agency at 6 weeks post intervention of the experimental group was significantly higher than that of the control group ($p < .05$).

Field of study.....Nursing Science..... Student's signature..... *Phattanakorn Thongkam*
 Academic year2005..... Advisor's signature..... *Sureeporn Thanasilp*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความเมตตาเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีฑร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนคอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และความปรารถนาดีที่มีให้รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ร่วมงานทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเชื้อไวรัสทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ช่วยประสิทธิประสาทวิชาความรู้และเป็นแบบอย่างของครูพยาบาลที่ดีงามและเป็นกำลังใจช่วยแนะนำสั่งสอนต่างๆ

ขอขอบคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนบางส่วนในการศึกษา และทุนในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่น้อง ที่สร้างแรงบันดาลใจในการไปศึกษา ขอขอบคุณสามี และบุตรสาวอันเป็นที่รักยิ่งที่ให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณมิตรภาพของเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจคอยช่วยเหลือจนกระทั่งบรรลุผลของการศึกษาในครั้งนี้

สารบัญ

| | หน้า |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| สารบัญภาพ..... | ฎ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 7 |
| แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย | 8 |
| ขอบเขตการวิจัย | 11 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | 11 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 13 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี..... | 15 |
| บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี | 26 |
| ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี | 27 |
| ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี | 38 |
| รูปแบบการพยาบาลแบบผสมผสานเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถ ในการดูแลตนเอง | 56 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 71 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 75 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย | |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 80 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 82 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 90 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 92 |

| | |
|---------------------------------------------------------|-----|
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 94 |
| 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | |
| ผลการวิจัย..... | 106 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 107 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 113 |
| รายการอ้างอิง..... | 115 |
| บรรณานุกรม..... | 129 |
| ภาคผนวก | |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 131 |
| ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 133 |
| ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย..... | 148 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย..... | 151 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 159 |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1 | รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะของเพศ อายุ และระดับ CD4..... | 80 |
| 2 | จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... | 94 |
| 3 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ กับหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์..... | 96 |
| 4 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ | 97 |
| 5 | เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..... | 98 |
| 6 | เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ..... | 99 |
| 7 | เปรียบเทียบคะแนนของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ | 100 |
| 8 | เปรียบเทียบคะแนนของความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ | 101 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | | หน้า |
|--------|----------------------------------------|------|
| 1 | รูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ | 42 |
| 2 | กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 78 |
| 3 | สรุปขั้นตอนการวิจัย..... | 92 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เชื้อไวรัสเอชไอวีได้แพร่ระบาด เป็นวงกว้างไปทั่วโลก (Global pandemic) (ปนัดดา ปริญญา, 2540; Grief & Golden, 1994) และไม่มีที่ท่าจะหยุดลงได้ ซึ่งสถานการณ์ในปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 36.7-45.3 ล้าน โดยมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเฉลี่ยวันละ 6,000 กว่าคน และพบมากที่สุดในช่วงอายุผู้ใหญ่ประมาณ 31-43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 84 (www.unaids.org/epi/2005/EPIupdate2005: December 2005) และสำหรับประเทศไทย สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคได้รับรายงาน จากสถานบริการภาครัฐ และเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 287,231 ราย เสียชีวิตแล้ว 81,176 ราย (http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html)

การติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นสิ่งคุกคามที่ร้ายแรง ซึ่งคุกคามคุณภาพในชีวิตของบุคคล และมีอันตรายถึงแก่ชีวิต เพราะเชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายตลอดชีวิต (Persistent infection) (กรองกาญจน์ สังกาศ, 2537) และก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อนและรุนแรงมาก (Donlou, et al, 1985; Holland & Tross, 1985 cited in Dipasquale, 1990) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วจะเข้าฝังตัวอยู่ใน T cell และมีการขยายพันธ์เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงจนเกิดอาการทางคลินิกแปรผันกว้างตั้งแต่อาจไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรง และจะเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ ตามมา (ปิยรัตน์ นิลอัยกา, 2537) และส่งผลให้เสียชีวิตลงในเวลาก่อนวัยอันรวดเร็ว (มัทนา หาญวณิชย์, 2535 ; กรองกาญจน์ สังกาศ, 2537 ; Derharm & Cohen, 1991) แม้ว่าปัจจุบันเอชไอวีจะมียาสำหรับชะลออาการหรือการดำเนินของโรค (สุพร เกิดสว่าง ,2540) แต่ยามีฤทธิ์เพียงระงับการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเท่านั้น แต่ไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้หมดไปจากร่างกายได้ (วิภาวี หิรัญรัตน์ และ มัทนา หาญวณิชย์, 2539) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องเผชิญอยู่กับความจริงว่าตนติดเชื้อที่ร้ายแรง และต้องทนกับความกดดันจากสังคมตีตราว่าเป็นคนเลว คนผิดศีลธรรมและเป็นอันตรายต่อสังคม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540)

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการทบทวนวรรณกรรม มีการกล่าวไว้มากมาย เช่น ไม่เชื่อว่าเป็นจริง โกรธ ไม่พอใจ (Barnett & Finkbeiner, 1991) รู้สึกหมดหวังในอนาคต สูญเสียภาพพจน์และการนับถือตนเอง (พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2538) สำหรับผลกระทบด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ถูกสังคมตราหน้า ต่ำหนิ ทำให้ต้องประสบกับ

ปัญหาและความยากลำบากในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม เกิดอาการซึมเศร้า ต่อด้านและแยกตัวออกจากสังคม รวมทั้งอาจมีความคิดที่จะทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายตามมา (อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2537; Wolcott, 1986 cite in Flaskerud & Ungvarski, 1995) อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีอายุอยู่ในช่วง 20–42 ปี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ สูญเสียหน้าที่การงาน ขาดรายได้ และต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมาอีกด้วย (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2538; เกษม วัฒนชัย, 2537) จากปัญหาผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อจิตใจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ก่อนการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อและจะมากยิ่งขึ้นในระยะเวลาที่รอฟังผลเลือด (สมมาตร พรหมภักดี, 2537; วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, 2533; Flaskerud, 1992)

สำหรับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อนั้น มีจากหลายสาเหตุ เช่น ไม่มั่นใจและไม่แน่ใจในผลการรักษา (Black & Levy, 1988; Gaskins & Brown, 1992; Gloersen et al., 1993; Kelly et al., 1993) จนมีผลให้ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคล และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (ชูชาติ ปานปรีชา, 2539) ทุกข์ทรมานจนเกิดความเครียด (Nguyen, 1991) ความรู้สึกหวาดกลัวกลัวตาย เพราะเป็นโรคที่ต้องสูญเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Flaskerud & Ungvarski, 1995 ; Mullin ,1996) การรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความกดดันในจิตใจที่รุนแรงกว่าโรคอื่น ๆ และเกิดขึ้นในทุกระยะของโรค (จริยวัตร คมพาศย์, อุษาพร ชวลิตนิกุล, ชุติมา อัครถาวรนิวิท, ราตรี โอภาส และอรชร ณ ระนอง, 2541 ; Flaskerud & Ungvarski, 1995)

ความรู้สึกรู้สึกที่เพิ่มขึ้นกับผู้ติดเชื้อนั้นเป็นความรู้สึกที่ไม่สามารถบรรยายเป็นถ้อยคำได้ เพราะต้องมีชีวิตติดอยู่กับความตาย แม้จะไม่ตายทันที แต่จะต้องตายก่อนเวลาอันควร อย่างไรก็ดี คุณค่าและศักดิ์ศรี เสียความเป็นบุคคล (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540 ; อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2541; Mullin, 1996) จากความรู้สึกรู้สึกดังกล่าว จึงส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อจึงสูงกว่าความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยโดยทั่วไป (Grant, 1989; Runeck, 1986; Ribble 1989 cited in Dipasquale, 1990) และพบว่าระดับความวิตกกังวลที่ผิดปกติทำให้สภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเสื่อมโทรมลงเร็วขึ้น ดังที่ Selye (1974) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาด้านจิตใจว่า มีผลในเชิงทำลายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้มากกว่าจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Sheridan and Radmacher (1992) ที่กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้สภาพร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นได้ นอกจากนี้ Anderson (1986) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่ามีผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอย่างมากและทำให้ระดับภูมิคุ้มกันลดลง (Moynihan, & Cohen cited in Fryback & Reinert, 1997) โดยทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน Corticotropin – Releasing Hormone ออกมา ซึ่ง

ฮอร์โมนตัวนี้จะไปเกาะติดกับเซลล์ภูมิคุ้มกันร่างกาย และจะไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโปรตีนควบคุม (Regulatory protein) ออกมาซึ่งโปรตีนนี้จะช่วยให้ไวรัสเอชไอวีมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสภาพร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และนอกจากด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อด้านอื่นๆ ตามมา เช่น มีความผิดปกติด้านกระบวนการคิด การสังเกตและการรับรู้ไม่ดี จนไม่มีความสามารถในการเรียนรู้ และไม่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง (รัชนี ชาติมงคล, 2537) จากที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่าความวิตกกังวลส่งผลให้ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์และความรู้สึกขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่ประสบอยู่เสมอในชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกยุคสมัยทุกวัฒนธรรมตั้งแต่วัยแรกเกิดจนกระทั่งตาย (Johnson, 1993 อ้างใน ถนอมศรี คูอาริยะกุล, 2538) ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ (Peplau, 1992) มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันและพัฒนาการชีวิต หากความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย จะเป็นผลดี แต่ถ้าหากอยู่ในระดับสูง จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย (Clark, Fontanaine, & Simpson, 1994; Thompson, McFarland, Hirsch, Tucker, & Bowers, 1989) โดยความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดการตอบสนองของระบบหลายระบบในร่างกาย (Multisystem response) ทำให้ร่างกายเกิดการตอบสนองด้านชีวเคมีโดยมีการหลั่งฮอร์โมน Epinephrine nor-epinephrine และ Adrenocorticotrophic สู่กระแสเลือดมากขึ้นโดย Adrenocorticotrophic กระตุ้นให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมน Aldosterone และ Cortisol จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลของอิเล็กโทรลิตส์ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายในทางเดินอาหาร เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน (ประทุม สร้อยวงษ์และคณะ, 2539) และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาเกิดขึ้นเนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จะทำให้เกิดอาการตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ โมโหง่าย ต่อด้าน หรืออาจมีพฤติกรรมถดถอย ต้องการพึ่งพา ทุกข์ใจ สูญเสียและสิ้นหวัง (บุญวดี เพชรรัตน์, 2535; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544) มีการตื่นตัวมากขึ้น ลุกลี้ลุกนอน จนถึงมีความผิดปกติของความคิดหรือการรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง และสูญเสียการควบคุมตนเอง (ปาหนัน บุญหลง, 2528) การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความจำ การรับรู้ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมทั่วไปลดลง

นอกจากนั้นความวิตกกังวลจะกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ออกมา มากกว่าปกติ มีผลไปยับยั้งการสร้างแอนติบอดีในร่างกายทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย (Bysshe, 1988) ซึ่งมีผลเสียโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพราะทำให้การดูแลรักษาได้ผลในทางลบ (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2522) และทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเพิ่มขึ้น มีผลการวิจัยจำนวนมาก

กล่าวไว้ว่าความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ จะมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และต่อมไร้ท่อ ส่งผลให้มีการยับยั้งภูมิคุ้มกันของร่างกาย (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2539) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลและไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองน้อยลง เนื่องจากมุ่งความสนใจไปที่ผลร้ายที่จะเกิดกับตนเองจนทำให้ไม่สามารถคิดถึงเรื่องอื่นได้เลย อาจเกิดอาการผิดปกติของจิต สูญเสียการควบคุม และการรับรู้เบี่ยงเบนไป (Shives, 1990; Stuart & Sundeen, 1995) เมื่อเกิดความผิดปกติของจิตใจจะมีผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอดส์จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจตั้งแต่เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งมีผลให้ชะลอการดำเนินของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพด้วยการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองรวมทั้งการปรับอารมณ์ (ความรู้สึก) เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย โดยเป็นภาระของครอบครัวและสังคมให้น้อยที่สุด ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่า คนมีแรงจูงใจในความต้องการที่จะดูแลตนเอง ถ้าความสามารถในการดูแลตนเอง (self care agency) และความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self care needs) มีความสมดุล จะเกิดสุขภาพที่ดี Ragsdale & Morrow (1990) กล่าวไว้ว่า ถ้าผู้ติดเชื้อเอดส์มีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินไปสู่การเกิดโรคช้าลง

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์จึงควรครอบคลุมถึงความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นในทุกๆ ด้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยที่ตามมาจากปริมาณเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น และเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการให้บริการให้เหมาะกับสภาพของปัญหาที่ซับซ้อนและมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้น จึงควรนำความรู้จากทั้งศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาผสมผสานกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้น การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน คือ “การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ” โดยอาศัยแนวคิดของโอเร็ม และแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (Mind-body connection) ที่อธิบายว่า การตอบสนองต่อการผ่อนคลายของกระบวนการที่เกิดขึ้นในร่างกายส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ โดยการใช้นิเทศต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) ซึ่งวิธีการช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจ มีหลากหลายวิธี ดังเช่นงานวิจัยของนัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531) ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) และดวงกมล พึ่งประเสริฐ (2534) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงจะ

มีความวิตกกังวลลดลงเมื่อได้รับการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การได้รับเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ (Meditation)

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการศึกษาและพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์แล้วพบว่าเมื่อจิตมีสมาธิจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ และสารเคมีในร่างกาย (สมพร เตรียมชัยศรี, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา เพชรมณีโชติ (2543) พบว่าความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ลดลงหลังการฝึกสมาธิแบบพุทธวิธี สำหรับการวิจัยครั้งนี้นำกิจกรรม 2 วิธีใช้ร่วมกันโดยกิจกรรมแรกเน้นการทำให้จิตใจอยู่ในภาวะผ่อนคลายก่อนด้วยวิธีการทำสมาธิชนิดอานาปานสติ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ และพบว่าวิธีการทำสมาธิชนิดอานาปานสติ เป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาในการสอนน้อย สามารถนำมาใช้โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษใดๆ และเป็นที่ยอมรับสำหรับชาวพุทธ (พุทธทาสภิกขุ, 2533) และไม่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงอันไม่พึงประสงค์ (Madders, 1979) ซึ่งผู้ต้องการฝึกสมาธิทำได้ง่ายและกระทำได้ด้วยตนเอง ใช้เวลาในการปฏิบัติ 15-30 นาที เพียงวันละ 1-2 ครั้ง (สายชล จันทรวิจิตร, 2539) และเกิดผลคือ ลดการเร้าทางอารมณ์และเป็นการรักษาสมดุลทางจิตทำให้ผู้ติดเชื้อไอวีเกิดความรู้สึกสบายขึ้น ก่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้ระบบการทำงานของร่างกายมีการสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น (สมพร เตรียมชัยศรี, 2542; Houldin, McCorkle & Lowery, 1993)

สำหรับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีเหตุมีผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ ซึ่งการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ วิธีการตัดสินใจและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองนั้นไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการการเรียนรู้ ใช้ความรู้ เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปแล้วจะมีความต้องการในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองที่มีอยู่แล้วไม่เพียงพอ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมพยาบาลที่สำคัญในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อบรรลุเป้าหมายดังกล่าวในการวิจัยครั้งนี้ คือ การสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมผ่านกระบวนการคิด ตัดสินใจเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไปซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (พรทิวา อินทร์พรม, 2539)

สำหรับการให้ข้อมูลเป็นเพียงวิธีหนึ่งของการปฏิบัติการพยาบาลเพราะบทบาทการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและชีวิตของตนเองเป็น 1 ใน 3 ของรูปแบบของการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ที่ใช้ในทฤษฎีของโอเร็ม และจากการศึกษาของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง คือการได้รับ

ข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา อินทราชา (2539) พบว่าผู้ป่วย หัวใจวายหลังได้รับข้อมูลมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ ซึ่งการให้ข้อมูลอธิบายว่าเป็น กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ที่มีผลที่ทำให้บุคคลได้รับความรู้ และเป็นรากฐานที่ถูกต้อง ในการปฏิบัติที่ดีต่อไป (Close, 1988; คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522 อ้างถึงใน ทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541) และการให้ข้อมูลเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ (อุบล จ่วงพานิช, 2536; ชุน หง, 2543) และการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดควรเลือกในช่วงที่เหมาะสมนั้น คือมีความพร้อมด้านจิตใจด้วย

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานและเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสุขสบาย ทั้งด้านร่างกาย และบรรเทาความวิตกกังวลให้น้อยลง เพราะความวิตกกังวลส่งผลให้เกิด พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น สับสน สมาธิลดลง (Lee, 1998) และทำให้มีการนำข้อมูลไปใช้ลดลง (Reider, 1994) และควรเป็นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้สามารถสอดแทรกเข้าไปใน การดำเนินชีวิตประจำวัน โดยแต่ละกิจกรรมอาจสนับสนุนซึ่งกันและกันได้ เพราะผู้ติดเชื้อได้รับ ผลกระทบที่ซับซ้อนและรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และผลกระทบที่เกิดมีความเชื่อมโยงต่อกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเหตุผลในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต และแนวคิดของโอเร็มโดยใช้กิจกรรมการฝึกอานาปานสติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ซึ่ง ผู้วิจัยคาดว่าทั้ง 2 กิจกรรมนี้จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพราะการติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถกำจัด ออกได้จึงส่งผลกระทบต่อจิตตลอดเวลาและเมื่อเวลาผ่านไปจะเกิดการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจึงจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อควรได้รับการดูแล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน ซึ่ง ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติเพราะในระหว่างการทำสมาธินั้นจิตใจจะมีความสงบ ตั้งมั่น และมีความบริสุทธิ์เกิดขึ้นชั่วขณะ ถ้าฝึกบ่อยๆ จนเป็นนิสัยจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมีจิตใจมั่นคง สงบ เยือกเย็น จิตใจแจ่มใส ไม่ฟุ้งซ่าน ทำให้อารมณ์คลายความตึงเครียด มี ผลให้ความวิตกกังวลลดลง เช่น จากการศึกษาของ พัทยา จิตสุวรรณ (2535) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมในกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลและความ ซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกอานาปานสติ สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ได้ ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการทำสมาธิชนิดอานาปานสติ แบบผ่อนคลายเป็นการทดลองความเครียดลดลงและระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง และพรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนว อริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่าความเครียดของมารดาหลังการ ฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึก ซึ่งสรุปได้ว่าการปฏิบัติอานาปานสติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้ง ด้านจิตใจและด้านสรีรวิทยา

สำหรับการฝึกสมาธิ เป็นวิธีการพัฒนาจิตเพื่อให้เกิดความมั่นคง สงบ เพราะจิตใจจะเปลี่ยนไปตามอารมณ์และสิ่งเร้า ซึ่งโดยธรรมชาติของบุคคลพบว่า มีพื้นฐานของสมาธิอยู่แล้ว (โรจันรุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2549) และเมื่อสามารถพัฒนาจิตจนถึงระดับมีสมาธิได้ จะเกิดเกราะป้องกันความรู้สึกในทางลบได้ (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2539)

ณัฐนาฏ สระอุบล (2540) ศึกษาพบว่า การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อเอดส์ไอวีในเรือนจำมณฑลทหารบกที่ 11 ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และจากการศึกษาของ Lovejoy & Moran พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีร้อยละ 70 มีการดูแลตนเองเพื่อลดความเครียดโดยการฝึกสมาธิ (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536) และผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีที่นับถือพุทธศาสนาร้อยละ 70 ได้ใช้การเยียวยาจิตใจโดยเลือกวิธีการสวดมนต์และการฝึกสมาธิร้อยละ 70 (อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์, 2541) เพราะการฝึกสมาธิมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง (Stem, 1977; Ross, 1977; Nidich & Seeman, 1977 อ้างถึงใน วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2539) สรุปได้ว่าในผู้ติดเชื้อหลังได้ฝึกสมาธิระดับความวิตกกังวลลดลง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยเชื่อว่ารูปแบบกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และจากผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะ เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถนำการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อจัดการกับความวิตกกังวล ที่เกิดขึ้นด้วยตนเองส่งผลให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างผาสุก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย/ปัญหาการวิจัย

1. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีลดลงในระยะเวลาที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเชชไอวีเพิ่มขึ้นในระยะเวลาที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเชชไอวีระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันในระยะเวลาที่แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การติดเชื้อเชชไอวีเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตของบุคคลที่รุนแรงมาก เพราะต้องเผชิญกับความจริงว่าตนติดเชื้อที่มีผลทำให้มีปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงตามมา และปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลและหายขาด (Grant, 1989; Ribble, 1989 cited in Dipasquale, 1990) การรับรู้ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อทั้งด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ซึ่งผลกระทบต่อทุกด้านมีความเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง สำหรับผลกระทบต่อด้านจิตเจ้านั้นมีหลากหลายและโดยเฉพาะความวิตกกังวล ได้มีการศึกษาพบว่าเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเชชไอวีทุกระยะตั้งแต่ก่อนทราบผลเลือดจนถึง (Donlou, et al, 1985; Holland & Tross, 1985 cited in Dipasquale, 1990; กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541)

ความวิตกกังวล มีผลทำให้ความสามารถและประสิทธิภาพของบุคคลลดลง เพราะระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมากกว่าปกติจะมีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การรับรู้ลดลง กระบวนการคิดตัดสินใจลดลง ซึ่งผลที่ตามมาคือความสนใจในการดูแลตนเองลดลง ยังมีผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง จึงส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเชชไอวีลดลงเร็วขึ้น (Mattson, 1989) ดังนั้นผู้ติดเชื้อจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพราะเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ จึงมีความจำเป็นที่ต้องดูแลตนเอง (Orem, 1995) โดยเฉพาะการติดเชื้อเชชไอวีมีผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติไม่ใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตามมา (Kelly, 1992) เกิดผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งกายและจิตไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ (Mind – body connection) (Well-Federman, 1995 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจมีผลกระทบต่อด้านร่างกายเสมอ มีการศึกษาพบว่าสภาพจิตใจ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ต่างมีอิทธิพลต่อการทำงานซึ่งกันและกัน (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539)

Selye (1974) และ Sheridan and Radmacher (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้สภาพร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยที่มากขึ้น สำหรับบุคคลที่ได้รับการรู้ว่าตนเองติดเชื้อเชชไอวีจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพราะรู้สึกว่าคุณค่าไม่ปลอดภัย ต่อร่างกายและจิตใจ ส่วนมากไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถรับรู้และบอก

เล่าได้โดยบุคคล ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลจะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เพราะความวิตกกังวลมีบทบาทสำคัญต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมที่ผิดปกติ เนื่องจากบุคคลเกิดความกดดันจนเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ รู้สึกว่าตกอยู่ในอันตรายและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ความวิตกกังวลเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของร่างกาย

ดังนั้นในการดูแลผู้ติดเชื้อมีระดับความวิตกกังวลลดลงเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมมีหลายวิธี แต่ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติ เพราะทำให้เกิดผลดีๆ ต่อระบบการทำงานของร่างกาย เช่น จากการศึกษาของ พัทยา จิตสุวรรณ (2535) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมในกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกอานาปานสติ สุนันทา กระจำแดน (2540) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายการทดลองความเครียดลดลงและระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง และพรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่าความเครียดของมารดาหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึกอานาปานสติ ซึ่งสรุปได้ว่าการปฏิบัติอานาปานสติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทั้งด้านจิตใจและด้านสรีรวิทยา เช่น ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น (Houldin, McCorkle & Lowery, 1993) และเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกต่อการฝึกเพราะลมหายใจเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องหายใจอยู่เป็นปกติ เพียงฝึกให้มีสติความระลึกู้โดยใช้ประสาทสัมผัสขณะหายใจเข้าและหายใจออกที่จุดซึ่งลมมากระทบกับผนังช่องจมูก เพราะโดยปกติถึงแม้เราจะหายใจอยู่ตลอดเวลาแต่เราไม่รู้ ไม่ได้ใส่ใจ ดังนั้นเมื่อเรามีสติกำหนดรู้แต่ลมหายใจอย่างต่อเนื่อง แน่วแน่ได้ สมาธิก็จะเกิดขึ้น ซึ่งสามารถทำได้เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์ทั่วไปจะมีสมาธิเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว (โรจนรุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2549) และในสภาวะที่จิตใจมีความสงบจะส่งผลให้มนุษย์มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลมากขึ้น (เกียรติวรรณ อมาตยกุล 2543) และกล่าวว่าการสูดลมหายใจเข้าออกมีผลโดยตรงต่อความสงบของจิตใจ จะช่วยปรับสมดุลของอารมณ์และร่างกายให้เข้าสู่ภาวะสมดุลยิ่งขึ้น ร่างกายเกิดภาวะผ่อนคลาย นอกจากนั้นแล้วเมื่อใจเกิดความสงบจะทำให้ร่างกายมีความตื่นตัวพร้อมที่จะทำงานต่อไป โดยมีการบูรณาการความคิด การรับรู้ และการตัดสินใจ

เมื่อร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัดและมีการรับรู้เหตุการณ์ที่ตรงตามความเป็นจริง (Schaefer, et al., 1982 cited by Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน ทศมา โรจนประดิษฐ์, 2541) และเกิดการเรียนรู้ จากการศึกษาของ อรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง คือการได้รับ

ข้อมูลจากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา อินทรธาดา (2539) พบว่าผู้ป่วยหัวใจวาย หลังได้รับข้อมูลมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ กระบวนการคิดที่เป็นระบบจะทำให้มีความสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย ซึ่งการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลตนเอง โดยการให้ข้อมูลที่มีระบบเป็นการช่วยให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจถึงการดำเนินของโรค การชะลออาการ ความจำเป็นในการดูแลตนเอง และเป็นการเตรียมผู้ติดเชื้อให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ติดเชื้อสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเอง เพราะข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเอง (Orem, 1991) และนำไปปฏิบัติตามความเหมาะสมและจำเป็นสำหรับตนเอง และการที่ผู้ติดเชื้อมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ติดเชื้อคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วย (Kaplan & Sadock, 1995) การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญและต้องควบคู่ไปกับการดูแลด้านร่างกาย ทั้งนี้เพราะกายและจิต

McCaffery and Beebe (1989) ได้อธิบายว่าการป้องกันบุคคลไว้จากความทุกข์ทรมาน ด้วยการทำให้บุคคลพึงความสนใจทั้งหมดอยู่กับสิ่งหนึ่งที่ใช้เป็นจุดรวมความสนใจโดยหันเหความรู้สึกออกไปจากความทุกข์ทรมานนั้น และก่อให้เกิดผลทางสรีรวิทยาตามกลไกของระบบประสาท (Watkins, 1997) โดยสมาริมีผลต่ออารมณ์ ทำให้ระดับ cortisol ในเลือดลดลง ลดการหลั่ง nor epinephrine และ epinephrine มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ทำให้ความวิตกกังวลลดลง เกิดการผ่อนคลาย (Chlan and Tracy, 1999) นอกจากนี้การฝึกสมาธิเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อผู้ติดเชื้อ หากสามารถหยุดการคิดได้ชั่วคราวโดยการทำจิตใจให้สงบ บุคคลจะรู้สึกปลอดภัยไปอย่างมากขึ้น มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลใหม่ที่เป็นจริงได้ดีขึ้น นำไปสู่การปรับความคิดใหม่

สำหรับการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เพื่อให้เกิดรูปแบบการพยาบาลแบบผสมผสาน ดังนี้คือ การฝึกอานาปานสติดำเนินการร่วมกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ควรมีระยะเวลาดังนี้ จากทบทวนวรรณกรรม พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกสมาธิจนสามารถลดความวิตกกังวลนั้นแตกต่างกันมีตั้งแต่ลดลงทันที หลังฝึก และใช้เวลาเป็นสัปดาห์ขึ้นไป สำหรับครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เวลาทันที หลังทดลอง 2 สัปดาห์ทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์หลังปฏิบัติติดต่อกัน เพราะการดำเนินกิจกรรมต้องการให้เหมาะสมกับระยะเวลาตามแผนการรักษาของผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการของโรงพยาบาล สำหรับกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยได้การทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ศาสตร์ความรู้ทางการพยาบาลร่วมกับศาสตร์ด้านปรัชญา ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยพยาบาลเป็นผู้คอยส่งเสริม ให้กำลังใจ สามารถพัฒนาตนเอง และมีความสามารถในการดูแลตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
2. กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
3. กลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ปรากฏอาการ ทั้งเพศชาย เพศหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และแผนกการรักษาของแพทย์คือเริ่มให้ยาต้านไวรัสเป็นครั้งแรก และมีการเตรียมส่งต่อไปรับบริการในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันของโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2548 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2549 โดยผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง 2 สัปดาห์ และมีการประเมินผลทันที แล้วให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติเองอีก 6 สัปดาห์แล้วประเมินผลอีกครั้ง โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลที่มีความแตกต่างกัน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง แบบแผนกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการที่มีผลทำให้บุคคลได้รับความรู้ เกิดทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับข้อมูลที่ให้จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้

และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการฝึกปฏิบัติอานาปานสติ

การฝึกอานาปานสติ หมายถึง กิจกรรมซึ่งผู้วิจัยสอนและสาธิตแต่ละขั้นตอนในการพัฒนาจิตเพื่อให้เกิดความสงบโดยใช้ลมหายใจเข้าลมหายใจออกเป็นอารมณ์ โดยการฟังเพียงจุดเดียวที่ลมกระทบ

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล โดยการให้ข้อมูลแบบกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะเผชิญเหตุการณ์ ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พัฒนาความไว้วางใจในตัวพยาบาลแล้วจึงให้ข้อมูลที่เตรียมไว้จากการทบทวนวรรณกรรม ตามแผนที่เตรียมไว้ในเรื่องการดูแลด้านจิตใจด้วยการฝึกสมาธิชนิดอานาปานสติ เริ่มจากการอธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนและผลของการฝึกอานาปานสติ ในวันที่ 1-4 ของสัปดาห์ที่ 1 ในระหว่างที่ได้รับการฝึกจากผู้วิจัย ด้วยการให้เริ่มฝึกการหายใจ การตามลมหายใจ (โดยใช้ประสาทสัมผัส) และเริ่มฝึกความตั้งมั่นของจิตเพื่อให้เกิดความสงบ ด้วยการมีสติ(จิต) ระลึกรู้โดยยึดที่ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก โดยผู้ฝึกต้องเอาใจใส่ในการระลึกรู้ที่จุดลมหายใจกระทบที่ผนังช่องจมูกเพียงจุดเดียวที่ผ่านเข้าออกบริเวณจมูก วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที และในวันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านร่างกายเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรักษาสุขอนามัย การดูแลด้านจิตใจ ฯลฯ เป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง เพื่อให้ผู้ติดตามข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง และในสัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มทดลองไปฝึกปฏิบัติเองและผู้วิจัยจะติดตามเพื่อสอบถามผลหรืออุปสรรคทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง แล้วให้กลุ่มทดลองไปปฏิบัติเองที่บ้านอีก 6 สัปดาห์ ตามคู่มือการฝึกอานาปานสติ สำหรับผู้มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งรวมระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในการมีชีวิตที่ติดอยู่กับเชื้อเอชไอวีที่ยังมีวิธีการรักษาได้จึงก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ถูกคุกคาม ตึงเครียด ไม่แน่นอน ไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน ซึ่งเกิดจากมีการรับรู้และมีความนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดอนาคตต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญและที่จะเกิดขึ้น สามารถประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ (State – Trait Anxiety Inventory (STAI) Form Y-1, 1983) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ และสมโภชน์ เตียมสุภาษิต (2534)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกาย

โดยมุ่งควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการต่างๆ ของตนเอง ทั้งนี้เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพของตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การสอบถามอาการ การประเมินอาการ การให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือดและพบว่ามีผลเลือดบวกต่อเชื้อเอชไอวี และยังไม่มีอาการแทรกซ้อนทั้งเพศหญิงและชาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลในระดับปกติ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
2. สามารถนำการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ซึ่งจัดเป็นกิจกรรมบำบัดทางการพยาบาลไปใช้เพื่อลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจาก ตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.3 กลไกการเกิดโรค
 - 1.4 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.5 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 3.1 ความหมายการดูแลตนเอง
 - 3.2 กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม
 - 3.3 เป้าหมายในการดูแลตนเอง
 - 3.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.5 การดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 4.1 ความหมายและแนวคิดความวิตกกังวล
 - 4.2 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
 - 4.3 กลไกการเกิดความวิตกกังวล
 - 4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล
 - 4.5 ชนิดของความวิตกกังวล
 - 4.6 สาเหตุของความวิตกกังวล
 - 4.7 ระดับของความวิตกกังวล
 - 4.10 ผลของความวิตกกังวล
 - 4.11 ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- 4.10 การประเมินความวิตกกังวล
- 4.11 วิธีบรรเทาความวิตกกังวล
- 5. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 5.1 การฝึกอานาปานสติ
 - 5.2 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
 - 5.3 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึกอานาปานสติ
- 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูล
 - 6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ
 - 6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ความหมาย

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่บุคคลได้รับเชื้อไวรัส Human Immunodeficiency Virus (HIV) และตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวีในเลือด (ปิยรัตน์ นิลอภัยภา, 2537; มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, 2535) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการของโรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndromes, AIDS) แต่ยังไม่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ เชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อที่พบใหม่จึงจัดเป็น Retrovirus ซึ่งในขณะนี้แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ Human Immunodeficiency Virus type 1 และ Human Immunodeficiency Virus type 2 โดย HIV-1 พบระบาดรุนแรงทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย ส่วน HIV-2 พบระบาดเฉพาะในอัฟริกาตะวันตก ซึ่งมีความรุนแรงน้อยกว่า HIV-1 (กองโรคเอดส์, 2544)

โครงสร้างของเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี เป็น RNA virus มีลักษณะเฉพาะคือแบ่งตัวโดยใช้เอนไซม์พิเศษ เรียกว่า RNA dependent DNA – polymerase หรือ Reverse transcriptase (RT) ทำให้ RNA เป็นแม่แบบจะเปลี่ยนเป็น DNA มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 100 – 200 นาโนเมตร (1/100,000 มิลลิเมตร) RNA virus มีผนังเป็นไขมันหุ้ม ประกอบด้วยโปรตีน 2 ชั้น คือ Capsid อยู่ชั้นในและปุ่มยื่นของเปลือกหุ้ม (Envelope) อยู่ชั้นนอกห่อหุ้มเยื่อไขมันและเอนไซม์รีเวิร์ทรานสคริปเตสเอาไว้

คุณสมบัติของเชื้อเอชไอวี

เป็นเชื้อไวรัสที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้หลายแบบและทำให้เกิดพยาธิสภาพที่เซลล์ (Alder, 1988) เนื่องจากมีคุณสมบัติพิเศษ คือ

1. หลบเลี่ยงการถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกายปกติได้ ด้วยการเข้าไปหลบอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ ทำให้ภูมิคุ้มกัน (Antibodies) ที่ถูกสร้างขึ้นไม่สามารถทำอันตรายต่อเชื้อไวรัสนี้ได้

2. นำบางส่วนของตัวมันแฝงเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของยีนส์ของเม็ดเลือดขาวของคน แล้วอาศัยเอนไซม์พิเศษที่ไม่มีในไวรัสชนิดอื่นเป็นตัวกระตุ้นเซลล์เม็ดเลือดขาวให้มีการแบ่งตัวรวดเร็วเป็น 100 เท่า โดยตัวมันเองไม่ต้องแบ่งตัว ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของไวรัสได้อย่างรวดเร็ว และสามารถทำลายเม็ดเลือดขาวที่ตนอาศัยอยู่โดยง่าย

3. กระตุ้นให้เซลล์บางชนิดของร่างกายมีการแบ่งตัวรวดเร็วจนเกิดมะเร็งชนิดต่าง ๆ เช่น กระตุ้นให้เซลล์เยื่อหุ้มหลอดเลือดแบ่งตัวมากจนเกิดเป็นมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) ทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์กว่าร้อยละ 90 ต้องเสียชีวิตภายใน 2-5 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์, 2535)

4. เปลี่ยนผนังเปลือกนอกที่ห่อหุ้มตัวได้อย่างรวดเร็วกว่าไวรัสอื่น ๆ 100-1,000 เท่า ผนังเปลือกนอกจึงมีลักษณะเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ทำให้ยากที่จะผลิตวัคซีนที่จำเพาะกับไวรัสนี้

5. สามารถทำลายระบบภูมิคุ้มกันของตนได้

1.2 สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

การสัมผัสทางเลือด หรือการร่วมเพศกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่จำเป็นจะต้องเกิดการติดเชื้อเสมอไป แต่การติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง (นันทวัน ยันตะดิลก, 2543) ได้แก่

1.2.1 ปริมาณไวรัส ถ้าสัมผัสกับสิ่งที่มีปริมาณเชื้อไวรัสมากโอกาสที่จะเกิดโรคก็จะมีมากไปด้วย

1.2.2 การมีบาดแผล ผิวหนังปกติจะไม่ยอมให้เชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ผ่านเข้าสู่ร่างกาย ยกเว้นผิวหนังที่มีรอยแตกหรือเป็นแผล

1.2.3 การติดเชื้อชนิดอื่น ๆ ได้แก่ กามโรค เช่น แผลริมอ่อน เริม จะทำให้เชื้อเข้าสู่บาดแผลได้ง่าย

1.2.4 ความถี่ของการสัมผัส เช่น การร่วมเพศหรือการเสพยาเสพติดหลายครั้งก็ย่อมมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ทำครั้งเดียว

1.2.5 ระยะเวลาที่เข้าไปสัมผัส ถ้าผู้ที่เป็นสัมผัสกับผู้ติดเชื้อกำลังเจ็บป่วย หรือไม่แข็งแรง กลไกของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่เซลล์ก็จะเกิดขึ้นได้สูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรค

พบว่าขึ้นอยู่กับอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างดังต่อไปนี้ (กรองกาญจน์ สังกาศ และคณะ, 2537)

1. ปัจจัยด้านเชื้อไวรัส (Viral factors)

1.1 ปริมาณเชื้อ (Viral Load) จากการที่สามารถใช้วิธีตรวจทางซีวโมเลกุลในการตรวจนับจำนวนเชื้อทำให้สามารถศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณเชื้อเอชไอวีกับการดำเนินโรคได้ ผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อมากจะมีอัตราการลดลงของ CD4 มากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อน้อย โดยสรุป คือ ผู้ติดเชื้อที่มีปริมาณเชื้อมากจะมีการดำเนินโรคที่เร็ว

1.2 ชนิดของเชื้อ (Viral Phenotypes) มีการศึกษาพบว่าชนิดของเชื้อมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคเอชไอวี เมื่อเปรียบเทียบเชื้อเอชไอวี - 2 ซึ่งส่วนใหญ่ระบาดทางตะวันตกของทวีปแอฟริกา ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าเชื้อเอชไอวี -2 มีการทำลายภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อและมีการดำเนินโรคที่ช้ากว่าเชื้อเอชไอวี -1

2. ปัจจัยในตัวผู้ติดเชื้อ (Host factors)

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic Factors) ผู้ติดเชื้อที่มีพันธุกรรมที่แตกต่างกันจะมีผลต่อการดำเนินโรคที่แตกต่างกัน คือ ผู้ติดเชื้อที่มีพันธุกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการป้องกันชิ้นส่วนของแอนติเจน (Antigen presentation) และตอบสนองของ CD4 T-helper cells จะมีการดำเนินโรคที่ช้าหรืออาจเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการเป็นเวลานาน ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่มีพันธุกรรมที่ขาดประสิทธิภาพในการส่งป้อนแอนติเจน และการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันจะมี การดำเนินโรคที่รวดเร็วและรุนแรง

2.2 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

2.2.1 อายุ พบว่าทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการดำเนินโรคที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าเด็กโตและผู้ใหญ่ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่มีการพัฒนา ระบบภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ ส่วนในผู้สูงอายุสุขภาพระบบภูมิคุ้มกันจะเสื่อมถอยเมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีจึงทำให้การดำเนินโรครวดเร็ว และรุนแรงกว่าวัยอื่น ๆ

2.2.2 เพศ เพศหญิงจะมีการสูญเสีย T- helper cells ในอัตราช้ากว่าเพศชาย และการดำเนินของโรคช้ากว่าในเพศชาย ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงพบว่า เด็กผู้ชายที่เป็นโรคเอชไอวีมีอัตราการตายสูงกว่าเด็กผู้หญิงที่เป็นโรคเอชไอวี

2.3 ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior factors)

2.3.1 ภาวะทุพโภชนาการ จะทำให้ภูมิคุ้มกันชนิด T-helper cell ลดจำนวนลงทำให้เกิดการบกพร่องของภูมิคุ้มกัน ประสิทธิภาพในการจับกินเชื้อโรค และฆ่าเชื้อโรคลดลง นอกจากนี้ภาวะโภชนาการยังมีผล ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่จำเป็นแก่ร่างกาย ซึ่งมีผลต่อ

การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย (เพ็ญศรี ระเบียบ และคณะ อ้างถึงใน จัญจรวาทฤทธิ์, 2544)

2.3.2 การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การติดยา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไนโตรพแทมเฟตามีน บุหรี่ และยาเสพติดจำพวก เฮโรอีน โคเคน และมอร์ฟิน เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่กดระบบภูมิคุ้มกัน โดยแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของเม็ดเลือดขาวหลายชนิดซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนบุหรี่ปบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการลดจำนวนของแฮลเปอร์ ที เซลล์ และการสูบบุหรี่ยังส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอดอีกด้วย

2.3.3 การกดดันทางจิตใจ ความเครียดทางอารมณ์ ความเครียดทำให้การติดเชื้อเริม (Herpes simplex) กำเริบและมีผลกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้อย่างรวดเร็วและสันนิษฐานว่าจะทำให้อาการของโรคปรากฏเร็วขึ้น

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (Immune activation factors)

การติดเชื้อร่วมกับโรคอื่น (Co-infection) เช่น วัณโรค โรคเริม สามารถทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นชั่วคราว การดำเนินโรคของเชื้อเอชไอวีเลวลง นั่นคือ การเกิดโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสจะทำให้การดำเนินโรคเร็วขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้น ผู้ติดเชื้อควรหลีกเลี่ยง การกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันโดยไม่จำเป็นหรือหยุดการกระตุ้นต่อภูมิคุ้มกันจากเหตุใด ๆ ก็ตามให้เร็วที่สุด เช่น หลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนโดยไม่มีเหตุผลอันควร เป็นต้น

4. ปัจจัยด้านการรักษา (Therapeutic factors)

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Antiretroviral agents) สามารถลดอัตราการเกิดเอดส์และ อัตราตายได้อย่างชัดเจน ผลการรักษาด้วยยาต้านเชื้อหลายตัวรวมกัน (Highly Active Antiretroviral therapy, HAART) สามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกายคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Krause's, 2000) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นเวลานาน ทำให้สามารถป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาสและทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสามารถยืดอายุได้นานกว่า 10 ปี (เกียรติ รัชรัฐธรรม และคณะ, 2541)

1.3 กลไกการเกิดโรค

เชื้อเอชไอวีเข้าเซลล์ได้ โดยอาศัยการจับกัน (Binding) ระหว่างโปรตีนเปลือกนอกของไวรัสกับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด ซีดี4 (CD4 + Cell) ที่อยู่บนผิวของเซลล์ เกิดการเชื่อมกันระหว่างเปลือกหุ้มของเอชไอวีกับผนังเซลล์ทำให้ไวรัสเข้าเซลล์ได้ หลังจากเชื้อเอชไอวีเกาะติดกับเซลล์ร่างกายแล้วจะถอดแกนกลางออกเหลือแต่ RNA สายเดี่ยวที่มีเอนไซม์ reverse transcriptase ซึ่งเป็น RNA – dependent DNA polymerase ทำหน้าที่เปลี่ยน viral RNA ให้เป็น viral DNA ซึ่งรวมตัวกับ DNA ของ host cell (double stranded viral DNA) และจะมีการเชื่อมของ double stranded viral DNA บริเวณหัวท้ายเข้าด้วยกันทำให้เปลี่ยนรูปร่างเป็นวงกลม (circular double

stranded viral DNA หรือ DNA provirus) แทรกเข้าไปในนิวเคลียส และมีการแบ่งตัวตามการแบ่งตัวของ host chromosome DNA ต่อมาเมื่อมีปัจจัยร่วมบางอย่างเข้ามามีกระตุ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะทุพโภชนาการ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารเสพติด น้ำและอสุจิ การตั้งครรภ์ ภาวะเครียดทางด้านอารมณ์ เกิดการติดเชื้อชนิดอื่นๆ ซึ่งมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะมีผลไปกระตุ้นให้ DNA provirus สร้าง genome RNA และ messenger RNA (mRNA) ซึ่งเป็น viral RNA ออกมาอยู่ใน cytoprotein ร่วมกับการมีการกระตุ้น ribosome ให้สังเคราะห์ glycoprotein ที่เหมาะสมมาหุ้ม viral RNA กลายเป็นเซลล์ตัวใหม่และแยกออกจากผิวของ host cell โดยการแตกหน่อ (budding) ออกไปเข้าสู่ host cell ตัวอื่นๆ ต่อไป และ host cell ตัวเดิมก็就会被ทำลายไป เมื่อเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด T-helper ถูกทำลายมากขึ้น จะทำให้เกิดความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell mediated immunity) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีร่างกายอ่อนแอและเกิดกลุ่มอาการของโรคซึ่งเกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องที่มีเกิดขึ้นมาแต่กำเนิดที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่ากลุ่มโรคเอดส์ (acquired immune deficiency syndrome) เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ต่างๆ เช่น จากเชื้อแบคทีเรีย โปรโตซัว ปาราสิต ไวรัส และเชื้อรา ที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ง่ายอีกทั้งยังก่อให้เกิดมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (B – cell lymphoma) ได้ง่าย (Griff & Golden, 1994; Pratt, 1995) กลุ่มอาการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 90 ถึงแก่ชีวิตภายใน 2 – 5 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวิทย์, 2535)

อีกกลไกหนึ่งที่เชื้อเอชไอวีเข้าเซลล์ได้ คือ โดยอาศัยแอนติบอดีที่จับกับเชื้อและทำให้เข้าเซลล์ได้ดีขึ้น (Enchanting antibody) โดยแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีจะจับกับเชื้อเอชไอวีแล้วจะถูกเซลล์ที่กลืนกินจุลินทรีย์ (phagocyte) ที่มีส่วนรับที่เชื่อมติดกันจับกินเข้าไป โดยที่ไวรัสไม่ถูกทำลายในเซลล์ที่กลืนกินจุลินทรีย์ แต่กลับอาศัยอยู่ในเซลล์ที่มีหน้าที่กลืนกินจุลินทรีย์เลย

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะทำให้มีการทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายที่มี CD4 receptor โดยเฉพาะอย่างยิ่งเม็ดเลือดขาวชนิดทีเซลล์ (Helper T- cell หรือ T4) หลังจากเชื้อเอชไอวีเข้าไปในเซลล์ CD4 แล้วใช้เอนไซม์รีเวิร์ทรานสคริปเตสของตัวเองเปลี่ยน RNA ของมันเองเป็น DNA เพื่อแทรกเข้าไปอยู่ใน DNA ของทีเซลล์นั้น ยีนโนมของเชื้อเอชไอวีจะแฝงตัวอยู่ในทีเซลล์จนกว่าทีเซลล์นั้นจะโดนกระตุ้นถึงมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวน เชื้อเอชไอวีที่สมบูรณ์จำนวนมากจะถูกสร้างขึ้นและปลดปล่อยออกมาจากทีเซลล์เหล่านั้น เพื่อไปเข้าเซลล์ CD4 อื่นๆ ต่อไป ทำให้เซลล์ CD 4 ในร่างกายติดเชื้อและอาจถูกทำลายลงในเวลาอันรวดเร็ว มีผลทำให้เกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่ง ระยะเวลาเริ่มตั้งแต่รับเชื้อเอชไอวีจนเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์ ในแต่ละคนใช้เวลาต่างกันขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองในแต่ละบุคคล คนปกติ

CD4 อยู่ในช่วง 800-1,200 cells/uL สำหรับผู้ที่มี CD4 น้อยกว่า 200 cells/uL เป็นไปได้ที่บุคคลเหล่านี้ไม่มีโรคฉวยโอกาสหรือไม่มีอาการอะไรเลย

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (Centers of Disease Control, CDC) ได้แบ่ง ระยะของการดำเนินการโรค ซึ่งประกาศใช้วันที่ 1 มกราคม 2536 โดยใช้ลักษณะทางคลินิกและจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ขวัณชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2542)

ระยะที่ 1 (Asymptomatic HIV infection หรือ clinical latency) หลังจากติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพไม่แสดงอาการซึ่งแท้จริงแล้วเป็นเพียงระยะไม่ปรากฏอาการคือ เชื้อเอชไอวี ยังคงมีการแบ่งตัวในอัตราที่สูงขึ้น และเข้าโจมตีเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และ CD4 ซึ่งในภาวะปกติมีจำนวน 500 – 1,000 เซลล์ต่อไมโครลิตรจะลดลง อัตราการลดลงของจำนวนเซลล์ CD4 เฉลี่ยประมาณปีละ 40-60 เซลล์ต่อไมโครลิตรและผู้ที่มีปริมาณเชื้อ (Viral load) มากกว่า 30,000 copies/ml จะมีอัตราการลดลงของ CD4 สูงมากขึ้น (เกียรติ รัชชรุ่งธรรม และคณะ, 2541) แบ่งเป็น 3 ลักษณะดังนี้

- 1.1 มีการติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังไม่แสดงอาการ
- 1.2 มีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัวโตอย่างเรื้อรัง (Persistent generalized lymphadenopathy)
- 1.3 มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน คือ ร้อยละ 50-70 จะมีระยะพักตัวประมาณ 3-6 สัปดาห์ อาการที่พบ คือ มีไข้ ผื่น ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจจากร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นต้น

ระยะที่ 2 หรือระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (early symptomatic disease หรือ AIDS related complex หรือ ARC) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการแทรกซ้อน เมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายลงเรื่อย ๆ เนื่องจากจำนวน CD4 ลดลงจนมีค่าต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร ผู้ติดเชื้อระยะนี้เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ หรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในระยะ 3 ซึ่งเป็นภาวะเอดส์เต็มขั้น และมีภาวะหรือโรคอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้

- 2.1 อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- 2.2 มีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือต้องการรักษาได้แก่
 - (1) เนื้ออกที่ประกอบด้วยหลอดเลือดहितหรือหลอดเลือดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (Bacillary angiomatosis)
 - (2) ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา (Or pharyngeal candidiasis)
 - (3) โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอดซึ่งเป็นแบบเชื้อรา หรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา (Vulvovaginal candidiasis)

- (4) มะเร็งปากมดลูกหรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical dysplasia)
- (5) ใช้สูทกว่า 38.5 องศาเซลเซียส และ/หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน และ/หรือน้ำหนักลดใช้มากกว่าร้อยละ 10 ถือเป็นระยะใกล้เอดส์ ถ้ามี 3 อาการร่วมกัน และมีน้ำหนักลดลงอย่างมากเรียก ภาวะนี้ว่า Wasting Syndrome
- (6) ฝ้าขาวในช่องปาก (Oral hairy leukoplakia, OHL)
- (7) งูสวัด (Herpes zoster) ที่เป็นมากกว่า 2 ครั้งหรือเป็นมากกว่า 1 ตำแหน่ง
- (8) ภาวะเกล็ดเลือดมีปริมาณต่ำ (thrombocytopenia)
- (9) การติดเชื้อ Listeriosis
- (10) อุ่มเชิงกรานอักเสบโดยเฉพาะมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อนำไข่หรือรังไข่
- (11) เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral neuropathy)
- (12) การเกิดผื่นคัน (Pruritic papular eruption) ลักษณะคือเริ่มด้วยอาการคันที่ผิวหนัง มีการเกาบ่อย ๆ และตามด้วยตุ่มแดง คล้ายตุ่มมุงหรือแมลงกัด เมื่อตุ่มเรื้อรังมากขึ้นจะเห็นเป็นรอยดำหรือแผลเป็นชัด ถ้าผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มระยะที่ 1 หรือ 2 ก็ได้ ให้จัดอยู่ในระยะที่ 2

ระยะที่ 3 ระยะเป็นโรคเอดส์หรือมีอาการเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไประยะนี้ CD4 จะถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร่างกายทรุดโทรมมากจนสูญเสียอาการโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อทั้งหลายไม่ได้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก มีผลทำให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการที่ชัดเจนแล้ว โดยอาจเกิดการติดเชื้อของระบบอวัยวะของร่างกาย ดังนี้

ระยะที่ 3 ระยะเป็นโรคเอดส์หรือมีอาการเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไประยะนี้ CD4 จะถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ร่างกายทรุดโทรมมากจนสูญเสียอาการโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อทั้งหลายไม่ได้ ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก มีผลทำให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการที่ชัดเจนแล้ว โดยอาจเกิดการติดเชื้อของระบบอวัยวะของร่างกาย ดังนี้

3.1 ระบบประสาท เรียกว่า AIDS dementia complex เป็นกลุ่มอาการที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้วไปเพิ่มจำนวนเซลล์ในระบบประสาททำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า อาจมีแขนขาอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุกและมีอาการทางสมองได้ กลุ่มอาการนี้จะพบได้ในระยะสุดท้ายของโรค

3.2 ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเดินเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรคในคนทั่วไป อาจพบอาการกลืนลำบากจากการเกิดเชื้อราในหลอดอาหารหรือเชื้อราในช่องปาก

3.3 ระบบหมุนเวียนโลหิต ทำให้เป็นมะเร็งหลอดเลือด โดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดง คล้ายตามผิวหนัง มะเร็งชนิดนี้ในคนปกติจะพบเมื่อเข้าสู่วัยชรา

3.4 โรคทางผิวหนัง อาจพบเป็นเรื้อรังรุนแรง หรือเป็นเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน

3.5 ระบบต่อมน้ำเหลือง ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย หรือเป็นมะเร็งต่อม
น้ำเหลือง ถ้าร่างกายผู้ป่วยปรับสภาพ และทานต่ออาการรุนแรงไม่ไหวก็จะเสียชีวิตในที่สุด

1.4 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะทำให้มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างถาวรและรุนแรง
แต่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ และเป็นที่รังเกียจของสังคม ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงรับรู้ว่ามี
ภัยมาคุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ จึงส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม
ดังต่อไปนี้

1.4.1 ผลกระทบต่อตัวบุคคลด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย สุขภาพจะเสียความสมดุลตามความรุนแรงของโรคซึ่ง
จะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางราย อาจไม่ปรากฏอาการใดๆ เลยตลอดชีวิต แม้ว่ายังมีเชื้อเอชไอวีอยู่
ในร่างกาย และบางรายจะมีระยะเวลาของการดำเนินโรคจนกระทั่งเป็นผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกันไป
ตั้งแต่ 1-15 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2532) จากการศึกษา
ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ ร้อยละ 25-50 จะป่วยเป็นโรคเอดส์
ภายใน 5- 10 ปี (Dunchy 1911 อ้างถึงใน ทิตยัทยา หอมทรัพย์, 2538) สำหรับในประเทศไทยพบว่า
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ จะเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น ร้อยละ
6.8 ต่อปี (ประพันธ์ ภาณุภาค และคณะ อ้างถึงใน มัทนา หาญวนิชย์ และอุษา ทิสยากร, 2535) ส่วนผู้
ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC) หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) ก็จะมีการดำเนินของ
โรคแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีผลมาจากพฤติกรรมกรรมกรดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของ
บุคคล เพราะการมีพฤติกรรมกรรมกรดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะ
เครียด การออกกำลังกาย การนอนหลับ เป็นต้น จะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และการดำเนินของ
โรคเข้าสู่ระยะต่อไปช้าลง (Lovejoy et al, 1988 cited in Lovejoy & Sisson, 1989) นั่นคืออาการของ
โรคจะรุนแรงขึ้นหรือมีอาการมากขึ้น หากได้รับเชื้อเพิ่มขึ้นและได้รับปัจจัยที่มีส่วนกระตุ้นให้มีการ
สร้างเชื้อไวรัสตัวใหม่เพิ่มมากขึ้น

เมื่อระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือ
มีอาการของกลุ่มโรคเด่นชัดขึ้น อาทิ ไข้เรื้อรัง อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีเชื้อ
ราในช่องปาก (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2542) และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรค
ในระบบต่างๆ เช่น วัณโรคในระบบต่างๆ ของร่างกายซึ่งมักพบได้ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
ทั้งระยะอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะเอดส์เต็มขั้น หรืออาจเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่าง ๆ
ตามมา (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) และการติดเชื้ออวัยวะต่างๆ จากเชื้อโปรโตซัว เชื้อรา เชื้อ
แบคทีเรียและเชื้อไวรัส เช่น ทุ่งวัด (วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2537) ซึ่งหากผู้ติดเชื้อ

ไม่สามารถดูแลตนเองตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่ระยะเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยเนื่องจากการติดเชื้อมาก่อนเวลาหรือรุนแรงเร็วขึ้น

1.4.2 ผลกระทบต่อตัวบุคคลด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสังคม

ผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมีปัญหาทางด้านจิตใจ ในลักษณะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคในระยะเวลาต่างๆ ผลการวินิจฉัย และประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาของบุคคลอาการที่แสดงออกส่วนใหญ่ จะเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถปรับตัวในการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ ซึ่งเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือมีความไม่ชัดเจนจากการวินิจฉัยทางการแพทย์ของ Cornor (1990) ที่พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะในช่วง 100 วันแรก หลังจากได้รับการวินิจฉัยและตรวจพบว่า มีระดับภูมิคุ้มกันลดลง จะคิดเวียนวนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายจากโรค ผู้ติดเชื้อหลายคนมีอาการช็อค ปฏิเสธ ลี้หนี และไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใดๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (Lang, 1993) ซึ่งจากการศึกษาของ สุธีรา ชุ่มตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2537) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 27 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากที่ได้รับทราบผลการติดเชื้อแล้ว จะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาคือ “ยอมรับ แต่โกรธแค้น และทำร้ายสังคม” แต่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการเผชิญปัญหาในลักษณะแตกต่างกัน อาทิ “ส่วนใหญ่ยอมรับ” แต่จะมีปฏิกิริยาในตอนแรก ได้แก่ มีสีหน้าตกใจ กลัว ร้องไห้ แต่ก็จะยอมรับได้ ต้องใช้เวลานานในการเผชิญปัญหา แต่โกรธแค้น และทำร้ายสังคม “ยอมรับ และพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลง” และ “กึ่งยอมรับกึ่งปฏิเสธ” เนื่องจากไม่ปรากฏอาการของโรค ความรู้สึกเหล่านี้เกิดจากความไม่แน่นอนของโรค ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จึงมีพฤติกรรมการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ในลักษณะของอาการซึมเศร้า หรือรำเริง รู้สึกยินดี ซึ่งเป็นลักษณะอารมณ์ที่ผิดปกติ 2 แบบ ที่เกิดขึ้นควบคู่กันไปในเวลาเดียวกัน ในระยะต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกกลัว และวิตกกังวลมากหลังจากนั้นก็เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีอาการซึมเศร้า รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า (Barter et al,1993; บรรจง คำหอมกุล และคณะ, 2535; ธนา นิลชัยโกวิท, 2537) รู้สึกว่าชีวิตตนเองไร้ค่า ท้อแท้ลี้หนี ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย ประกอบกับแรงกดดันจากการที่ถูกมองว่าเป็นตราบาปของสังคม เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่เหมาะสม อาทิ การสำส่อนทางเพศ การติดยาเสพติด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกสังคมรังเกียจ บางคนจึงเกิดความโกรธแค้นสังคม มีความคิดที่จะแก้แค้น โดยการประกอบอาชญากรรมในลักษณะต่างๆ เพื่อให้ผู้อื่นติดเชื้อมาก

นอกจากนี้ ถ้าผู้ติดเชื้อมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป จากความไม่แน่นอนของโรคใน ระยะต่างๆ ประกอบกับยาที่รักษามีราคาแพง และยาที่ได้รับไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ จะมีผลกระทบทำให้ผู้ป่วย อาจสูญเสียบทบาทของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ขาดแรง สนับสนุนทางสังคม ต้องหยุดหรือออกจากงาน ทำให้ครอบครัวขาดรายได้รวมทั้งเกิดความรู้สึก สูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง และทำให้ผู้ป่วยมีภาวะทางอารมณ์ต่างๆ เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ มี ภาวะซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับโรค (Bradley Springer, 1995; Turnur & Williamson 1986 อ้างถึงใน ทิตยัทยา หอมทรัพย์ 2537)

การตีตราจากสังคมหรือการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นโรคที่ถูกสังคม รังเกียจ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่อย่างหลบซ่อน ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ จึงพบว่าบุคคลจึงมักจะไม่ ยอมรับผลการติดเชื้อ และไม่เปิดเผยการติดเชื้อ ทำให้ต้องอยู่ด้วยความวิตกกังวล และ หวาดระแวง จึงไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค และไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำที่ ได้รับ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) โดยเฉพาะเมื่อมีอาการปรากฏผู้ป่วยจะยิ่งกลัวว่าความลับจะ ถูกเปิดเผยยิ่งขึ้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

ดังนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคในระยะต่างๆ ทั้ง ทางด้านร่างกาย และจิตใจดังกล่าวแล้ว ก็จะทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกัน เนื่องจากชีวิตต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย เป็นระยะเวลายาวนาน มีความรู้สึกถึงความตายกำลัง รออยู่ รู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถแสวงหาเป้าหมายของชีวิต ที่มีความผาสุกได้ ซึ่งอาจมี พฤติกรรมการแสดงออกถึงภาวะขาดการได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณในลักษณะที่ แตกต่างกัน อาทิ การแสดงความไม่เข้าใจ เกี่ยวกับความหมายของชีวิต การตายและ/หรือ ความ เชื่อต่างๆ มองเห็นการเจ็บป่วยเป็นการถูกลงโทษ ตีเตียนตนเอง มีความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับความ เชื่อ มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง แสดงออกโดยการโกรธ ร้องไห้ แยกตัวเอง ครุ่นคิด วิตกกังวล คุร้าย หรือ เฉยเมย เป็นต้น (Belcher et al, 1989; Bradley Springer, 1995) ซึ่งการแสดงออกทางด้านจิต วิญญาณของบุคคลนั้น เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด อันเป็นส่วนที่ลึกที่สุด และมี เอกลักษณะของตัวเอง เป็นส่วนที่มีความเฉพาะเจาะจงของบุคคลนั้นๆ (ทัศนยา บุญทอง, 2534; พรจันทร์ สุวรรณชาติ, 2534)

1.4.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความทุกข์ใจเนื่องจากความ เป็นห่วงวิตกกังวลต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อ กลัวเพื่อนบ้านจะรังเกียจ เพราะการติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งป่วยเป็นเอดส์ ถือเป็นอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวเป็น อย่างมากในทุกด้าน นอกจากนี้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ไม่สามารถรับความจริง เช่น แสดงความรังเกียจ ตำหนิ กล่าวโทษทอดทิ้ง เกิดความแตกแยก ไล่ออกจากบ้าน และส่งผล

ต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม การเจริญเติบโตและพัฒนาการ คุณภาพชีวิต สัมพันธภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังส่งผลถึงการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ แม้ว่าความรุนแรงอาจแตกต่างกันตามการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันตามการรับรู้ บุคลิกภาพ ระบบสนับสนุน และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถอยู่กับความเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ปัญหาโรคเอดส์มีความซับซ้อน จึงต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคี ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันการศึกษาและภาคีผู้ติดเชื้อมด้วย (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

1.4.4 ผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ

เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน จึงมีผลกระทบทั้งต่อตนเองและสังคม เพราะเมื่อเจ็บป่วยประสิทธิภาพในการทำงานลดลงและรัฐต้องแบกรับภาระในการดูแลรักษาในราคาที่สูง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีผลต่อความต้องการการสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ป่วยที่มีฐานะดีมักจะไม่ได้รับผลกระทบจากการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านการเงิน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

1.5 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เมื่อร่างกายได้รับติดเชื้อเอชไอวีแล้วจำเป็นต้องได้รับการดูแล (อรอนงค์ อินทรวิจิตร, 2533) เช่น ได้รับการส่งเสริมกำลังใจ การใส่ใจในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายมากขึ้น ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม และเมื่อมีการเข้าสู่ระยะการเจ็บป่วยของเอดส์ ซึ่งจำเป็นต้อง

1.5.1 ได้รับการรักษาโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส (Opportunistic infection) ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาจนประสบความสำเร็จในการป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส ทำให้อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคฉวยโอกาสลดลงในกลุ่มที่ได้รับการป้องกัน

1.5.2 การรักษาที่จำเพาะลงไปต่อเชื้อเอชไอวี โดยการใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ที่ยอมรับว่าได้ผลขณะนี้ ได้แก่ การใช้ยา HAART (Highly Active Antiretrovirus Therapy) ซึ่งพบว่าหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสแล้วจะมีผลให้ภูมิคุ้มกันกลับมามากขึ้น (วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์, 2546) แต่เมื่อมีการใช้ยาไปนานๆ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากมาย เช่น ไขมันในเลือดสูงมาก น้ำตาลในเลือดสูง เป็นเบาหวาน การทำงานของตับผิดปกติ การกระจายของไขมันผิดปกติ (วินัย รัตนสุวรรณ, 2545) และเกิดผลข้างเคียงจากยาที่แตกต่างกัน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ซีด เวียนศีรษะ มีผื่น ชาปลายมือปลายเท้า ดังนั้นการบริหารยาให้เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เกิดผลข้างเคียงน้อย และป้องกันการดื้อยา ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก

1.5.3 การเสริมสร้างภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูก และ Lymphocyte, Interleukin-2, Thymopentin, Sodium diethyldithiocarbamate (Imuthiol) ซึ่งอยู่ระหว่างการศึกษา

1.5.4 การรักษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย และผลกระทบจากสังคม ควรมีบริการแนะแนวการดำรงชีวิต และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมตลอดจนการให้สังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ

ในปัจจุบันเมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วจะได้รับการดูแลรักษาตามอาการ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้หากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจมีชีวิตอยู่โดยปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยได้เป็นระยะเวลาหลายปีหรืออาจมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน ดังนั้นการพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อชีวิตของบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ หลายด้านที่สลับซับซ้อน รุนแรงและมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีนั้นหลากหลายทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม พยาบาลในฐานะที่มีโอกาสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ จึงมีโอกาสนำให้การช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา เช่น การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการพัฒนาแบบการช่วยเหลือที่หลากหลายในการดูแล เช่น การสนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง และเข้าใจผู้ติดเชื้อ (Farrell, 1987 อ้างถึงใน โครงการสวัสดิการวิชาการสพค, 2538) การช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบถึงความต้องการและมีทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง รับประทานอาหาร ปกป้องให้ได้รับความปลอดภัย (พรทิพย์ มาลาธรรม และบุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์, 2543) เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรดูแลผู้ติดเชื้อโดยคำนึงถึงคุณค่าของบุคคลและสิทธิที่จะต้องได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมและดำรงชีวิตได้เป็นปกติมากที่สุดป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

นอกจากความรู้ความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วพยาบาลต้องมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า มีความหวัง มีที่พึ่งพิงและมีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป (สุรีพร ธนศิลป์, 2538) ดังนั้นการให้

การพยาบาลควรครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมโดยมีกิจกรรมพยาบาล ดังนี้

2.1 จัดการกับอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดย สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้การดูแล ให้คำปรึกษา มีเจตคติที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้เล่าหรือระบายความรู้สึกออกมาเพื่อบรรเทาความกลัว ความกังวลใจและให้ตัดสินใจเลือกเอง ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค การแพร่กระจายเชื้อ

2.2 ตรวจสอบการปฏิบัติการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดย ตรวจสอบการปฏิบัติและประเมินผลร่วมกัน ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ จัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือที่เกี่ยวข้อง

2.3 จัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดย ช่วยวิเคราะห์สถานการณ์และหาทางเลือก ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ประสานความร่วมมือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.4 จัดวางระบบการดูแลตนเอง โดย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล เช่น การดูแลสุขภาพทั่วไป เพราะมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการแพร่กระจายเชื้อ โดยการดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม การดูแลความสะอาดสบายทั้งร่างกายจิตใจด้วยการพักผ่อน

2.5 ส่งเสริมการเรียนรู้และฝึกทักษะในการใช้ชีวิตอยู่กับการติดเชื้อเอชไอวี โดย ส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ฝึกการเผชิญหรือแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ ฝึกการแสวงหาและเลือกใช้อุปกรณ์ข่าวสาร ฝึกการปรับตัว ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทางบวกในการดำเนินชีวิต

2.6 ประสานความร่วมมือกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดย ชักจูงบุคคลสำคัญเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เป็นสื่อกลางในการติดต่อ

ซึ่งสรุปได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญหลากหลายรูปแบบในให้การดูแลผู้ติดเชื้อ โดยวิธีการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพและตอบสนองความต้องการผู้ติดเชื้อได้ โดยครอบคลุมองค์รวม

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากปัญหาและผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านจิตใจและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดีต่อไปเพื่อป้องกัน

หรือชะลอการเกิดอาการเจ็บป่วย (Lovejoy & Session, 1989, Ragsdale & Morrow, 1990 อ้างถึงในอมรินทร์ นน่อไชยวงศ์, 2545) ทั้งนี้สภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นกับการดูแลตนเองเป็นสำคัญ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีเรียนรู้ในการดูแลตนเองให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2537)

3.1 ความหมายการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง คือการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) โดยมีกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัวได้ริเริ่มรับผิดชอบและทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Norris, 1979) นอกจากนี้ Hill & Smith (1985) ยังกล่าวว่า การดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้วยตนเองที่จะดูแลสุขภาพของตน ไม่ใช่การจำยอมเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมซึ่งไม่ได้ตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่นเดียวกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ซึ่งมองว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติที่เรียกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือ มีความสามารถในการเรียนรู้ การคิด การตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายซึ่งต้องอาศัยความสนใจ รู้จักแสวงหาความรู้และนำความรู้มาใช้

3.2 กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม

การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำอย่างมีเป้าหมาย (deliberate and goal – oriented action) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ เป็นการกระทำอย่างจงใจที่สามารถเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมเพื่อ ดำรงรักษาชีวิตสุขภาพและความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้มีโครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และพยาบาลซึ่งสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ด้วยการกระทำแทนหรือทำให้กับผู้ป่วย โดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจและการปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งการกระทำของพยาบาลจะกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นในการตอบสนองความต้องการและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ หรือให้สุขภาพกลับดีขึ้นและอยู่ได้อย่างปกติสุข (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ เป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมายความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองของบุคคลซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการและภาวะสุขภาพ บุคคลจะดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เพียงพอ และต่อเนื่อง

3.3 เป้าหมายในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของโอเร็ม

3.3.1 ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติรวมทั้งพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพ

3.3.2 ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อการดำรงชีวิตตามปกติ

3.3.3 ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค

3.3.4 ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

3.3.5 ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

3.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ในการคงไว้ซึ่งกระบวนการดำรงชีวิต หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลและส่งเสริมความผาสุก ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างจริงจังของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยรุ่นหรือเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ (Orem, 1995)

ความสามารถในการดูแลตนเอง นั้นจะต้องเพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ทั้งหมด บุคคลจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง และจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ จะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีความคิดริเริ่มและมีความพยายามในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของตนเอง ดังนั้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ความรุนแรงของโรคลดลง สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดี มีผลให้บุคคลมีความสุขมากขึ้น (Padilla & Grant, 1995 อ้างถึงในแสงหล้า พลนอก, รสสุคนธ์ วาริชกุล และสมพร เจริญภาวนเมธา, 2545)

3.4.1 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง มี 3 ระดับ (Orem, 1995 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; พร้อมจิตร์ ห่อนบุญนิยม, 2540) ประกอบด้วย

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) แบ่งได้เป็น การปฏิบัติกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ให้ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการส่งเสริมและ รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งจะต้องปรับให้เหมาะสมกับ ระยะพัฒนาการ ได้แก่ คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขยับเขยื้อนและการระบาย ให้เป็นไปตามปกติ คงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน คงไว้ซึ่งความสมดุล ระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และ สวัสดิภาพ ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและ ความสามารถของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตของมนุษย์ใน ระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และ เหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่ง ภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนสนับสนุนกระบวนการของ ชีวิตและพัฒนาการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือ เอาชนะผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความ เจ็บป่วยการบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตและความ เจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็น เรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิดหรือโครงสร้างหรือหน้าที่ ทางร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ ได้แก่ แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย ฟันฟู และการ

ป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุดของความสามารถที่เหลืออยู่

ระดับที่ 2 พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components:

Enabling for self-care) โดย Orem & Tolor (1986) มองพลังความสามารถนี้ ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่

- 2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม และมีการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้สำเร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลและการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองโดยใช้ข้อมูล
- 2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และทำตามการตัดสินใจนั้น
- 2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปปฏิบัติได้
- 2.8 มีทักษะในกระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
- 2.9 มีความสามารถในการจัดลำดับของการกระทำในระบบการดูแลตนเอง
- 2.10 มีความสามารถที่จะสอดแทรกการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และชุมชน

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ ความสามารถในการคาดคะเน

(Estimative) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitional) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation)

3.4.2 การพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมดังนี้ (Norris, 1979)

3.4.2.1 การดูแลตนเองในลักษณะของการสังเกตอาการ หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ตลอดจนจิตใจของตน เพื่อประเมินหรือวินิจฉัยภาวะสุขภาพของตนอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ซึ่งต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อลงความเห็นและนำไปสู่การตัดสินใจ การเลือกหรือละเว้นการปฏิบัติ

3.4.2.2 การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตให้เป็นไปตามปกติ ได้แก่ กิจกรรมประจำวันที่เกิดจากการเรียนรู้และยอมรับที่จะปฏิบัติจนเป็นนิสัย เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การรับประทานอาหาร ฯลฯ

3.4.2.3 การดูแลตนเองตามการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะนี้ต้องการข้อมูล คำแนะนำ เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับความสามารถสอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อของตน

3.4.2.4 การดูแลตนเองในการป้องกันโรค หรือความไม่สมดุลทางสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยที่ปรึกษาในการให้ความรู้ทางสุขภาพ

3.4.2.5 การดูแลตนเองตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพ โดยบุคคลนั้นต้องได้รับรู้แหล่งบริการในชุมชนที่ควรไปรับบริการเมื่อเกิดความต้องการ

3.4.2.6 การดูแลตนเองในแง่ของการตรวจสอบและติดตามแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนในการเรียนที่ตนจะได้รับและสามารถตรวจสอบได้

3.4.2.7 การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพและข้อเสนอแนะในการแก้ไขหรือคิดเห็นต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

3.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่าง ๆ

การที่วัดความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นได้เป็นอย่างดี คือการวัดความสามารถในระดับสูงสุด หรือความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถทำนายการกระทำการดูแลตนเองได้ใกล้เคียงที่สุด และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานได้อีกด้วย ลักษณะของข้อคำถามในการวัดนี้จะบ่งบอกถึงความสามารถที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่ง

เป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน (สมจิต หนูเจริญ, 2536) และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้การวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของการปฏิบัติการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์และก่อให้เกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ ซึ่งเมื่อบุคคลได้กระทำแล้วจะเกิดผลต่อบุคคล และการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การฝึกจิตใจให้สงบ โดยตั้งใจ ยอมรับความจริง และสู้ต่อไปตราบเท่ายังมีลมหายใจอยู่ บำรุงร่างกายให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปรักจิต ใช้ชีวิตในสังคมต่อไปอย่างปกติและมีสติ ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง และเมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพที่บุคคลลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อนและเป็นการกระทำด้วยความสมัครใจ โดยการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจตลอดเวลา ใช้สติปัญญาของตนเองตามความสามารถในการที่จะดูแลตนเองเพื่อบรรลุผลสำเร็จ และคงไว้เพื่อภาวะสุขภาพ

3.5 การดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ โดยการปฏิบัติเพื่อดูแลรักษาชีวิตและสุขภาพ ซึ่งบุคคลสามารถพัฒนาขึ้นในภายหลังจากการได้เรียนรู้ ผ่านกระบวนการคิดพิจารณา และตัดสินใจ ก่อนลงมือปฏิบัติ และพยายามเป็นบุคคลที่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อสามารถพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งบุคคลจะสามารถริเริ่มและมีการดูแลตนเองนั้น จะต้องมีความรู้และทักษะ เมื่อมีความสามารถในการดูแลตนเองแล้วจะทำให้สนองตอบความต้องการในการดูแลตนเองได้

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดเวลาจึงมีความจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อต้องให้ความสำคัญกับการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของตนเอง (Lovejoy & Session, 1989; Ragsdale & Morrow, 1990) ดังนั้นการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องครอบคลุมและตอบสนองตรงกับความต้องการการดูแลตนเองในแต่ละระยะ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง จะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

3.5.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ประกอบด้วย

3.5.1.1 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างความต้านทานของ ร่างกาย และชะลอการดำเนินของโรค เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ เป็นสาเหตุหนึ่งของการกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับพลังงานจาก

สารอาหารต่างๆ ในปริมาณที่เหมาะสม คือ 50-55 % จากคาร์โบไฮเดรต 20% จากโปรตีนและ 30% จากไขมัน (Wrong, 1993 cited in Flakerud & Ungvarski, 1995) อีกทั้งต้องหาวิธีเพิ่มคุณค่าให้แก่อาหารที่รับประทานโดยรับประทานอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์ชนิดต่าง ๆ เช่น เนื้อปลา หมู ไก่ ไข่ และถั่วชนิดต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ ถั่วเหลือง เป็นต้น (พัชรี ตั้งดุลงานกุล, 2539) นอกจากสารอาหารโปรตีนแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรับประทานอาหารจำพวกพืช ผัก และผลไม้ต่างๆ ซึ่งจะให้สารวิตามินและเกลือแร่โดยเลือกรับประทานพืชผักผลไม้ที่หาได้ตามฤดูกาล ปลอดภัยจากยาฆ่าแมลงและสารพิษอื่นๆ เช่น ผักตำลึง ผักบุ้ง หัวปลี ผักทอง มะระ กัลยน้ำว่า สับปะรด ส้ม มะละกอ ฝรั่ง ชมพู่มะม่วง เป็นต้น (จินดา อึ้งบุญเรือง, 2538) และควรรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร เช่น นมวัว นมถั่วเหลือง น้ำเต้าหู้ เครื่องดื่มธัญพืช หรืออาจจะเป็นขนมต่างๆ เช่น ขนมปัง คุกกี้ ปาท่องโก๋ ขนมหม้อแกง ขนมชั้น ขนมครก ตะโก้ เป็นต้น และควรได้รับวิตามินและเกลือแร่เสริมโดยรับประทานวันละ 1 เม็ด (พัชรี ตั้งดุลงานกุล, 2539) จากการรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับประทานวิตามินเป็นประจำทุกวันจะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การป่วยเป็นเอดส์ลดลง 30% ในระยะเวลา 6 ปี (Abram, et, al, 1993 cited in Cerrato, 1996) และในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับเบต้าแคโรทีนวันละ 180 มิลลิกรัม จะมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (Coodley, et, al, 1993 cites in Cerrato, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีภาวะพร่องวิตามินเอมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่บุตรสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และมีระดับวิตามินเอปกติและการให้วิตามินเอเสริมในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวียังสามารถช่วยลดความรุนแรงและอัตราการตายจากอาการท้องเดินได้อีกด้วย (Samba, et. al, 1994; Coutsoudis, et. al, 1995 cited in Cerrato, 1996)

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรเพิ่มมื้ออาหารวันละ 6 มื้อ ออกกำลังกายเล็กน้อยก่อนรับประทานอาหารเช้าประมาณครึ่งชั่วโมง และร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลใกล้ชิดเพื่อกระตุ้นให้มีการเจริญอาหารมากขึ้น (Lang, 1993) รวมทั้งซั้่งน้ำหนักเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการของตนเอง (Ungvarski & Schmidt, 1995)

3.5.1.2 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของร่างกาย การดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอจะช่วยให้การขับถ่ายของเสียต่างๆ ทางไตได้ดีขึ้น รักษาอุณหภูมิของร่างกายรวมทั้งรักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว จะทำให้ร่างกายสดชื่น การขับถ่ายสะดวก และเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจอีกด้วย (จินดา บุญอึ้งเรือง, 2538; Lang, 1993; Long & Wright, 1989)

3.5.1.3 อยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเลือกอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกทั้งที่บ้านและสถานที่อื่นๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนแออัดหรือการเข้า

ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจไม่สูบบุหรี่หรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2536)

3.5.1.4 ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดบาดแผลและมีเลือดออก (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Lang, 1993) ซึ่งก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดนานครั้งละ 20-40 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประเภทของการออกกำลังกายควรง่าย สนุก สะดวก ไม่หักโหมเกินไป สถานที่ออกกำลังกายควรโล่งแจ้งและมีอากาศถ่ายเทดี (อุมาพร นิมิตรระกูล, 2538) และจากการรายงานการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงคงทน และทำให้มีเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 เพิ่มขึ้นได้อีกด้วย (Smith, Coombs & Larson, 1994) สำหรับการพักผ่อน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีการนอนหลับให้เพียงพอซึ่งจะทำให้ร่างกายสดชื่นโดยการนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน สังเกตว่าตนเองได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอจากเมื่อตื่นขึ้นมา รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ถ้านอนไม่หลับควรเปลี่ยนท่านอน อ่านหนังสือประเภทเบาสมอง ทำจิตใจให้สงบ ตัดความกังวล สูดลมหายใจช้าๆ ลึกๆ หลับตา นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังควรหากิจกรรมนันทนาการอื่นๆ ทำเพื่อช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลายความตึงเครียดโดยทำกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น แต่ในการทำกิจกรรมดังกล่าวต้องคำนึงถึงความพอเหมาะกับความสุขภาพของตนเองด้วย กิจกรรมนันทนาการไม่ควรขัดต่อธรรมเนียมประเพณี หรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน และควรเป็นกิจกรรมที่ให้ความสนุกสนานเพลิดเพลิน เช่น เล่นดนตรี ร้องเพลง เป็นต้น (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538)

3.5.1.5 งดสิ่งเสพติดทุกชนิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรงดเว้นจากสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงตลอดจนงดสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเด็ดขาด (WHO, 1992)

3.5.2 ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ประกอบด้วย

3.5.2.1 ดูแลการรับประทานอาหาร ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร โดยรับประทานอาหารและน้ำที่สุกสะอาด งดเว้นจากอาหารหมักดองหรืออาหารสุกๆ ดิบๆ ล้างมือก่อนการปรุงและรับประทานอาหาร รวมทั้งหลังจากเข้าห้องน้ำทุกครั้งและเมื่อมีอาการท้องเสียควรงดอาหารที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร เช่น ผักสด ผลไม้สด อาหารรสจัด น้ำอัดลม ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และเครื่องดื่มเกลือแร่อย่างน้อยวันละ 2.5-3 ลิตร เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำ อีกทั้งสังเกตจำนวน สี และกลิ่นของอุจจาระและหากพบว่าอุจจาระมีมูกเลือดปน ควรมาพบแพทย์ทันที (Ungvarski & Schmidt, 1995)

3.5.2.2 ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างมาก เนื่องจากจะช่วยยืดระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายที่แข็งแรงและการดำเนินของโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรระมัดระวังการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำอสุจิ น้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ และเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นๆ โดยมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง และชำระร่างกายให้สะอาดทันทีหลังการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่นด้วย (WHO, 1992)

การระมัดระวังการแพร่เชื้อทางเลือด โดยระมัดระวังอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออก เช่น หกล้ม มีบาด ในกรณีที่มีบาดแผลควรระวังไม่ให้เลือดเปื้อนเสื้อผ้า ไม่ใช้ของมีคมต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น เช่น กรรไกรตัดเล็บ ไขมีดโกน รวมทั้งดื่มน้ำสะอาด อยุ่ระยะและเนื้อเยื่อ (Schmidt & Crespo-Fierro, 1995) นอกจากนี้เครื่องนุ่งห่มที่เปื้อนเลือด น้ำเหลืองหรืออาเจียน ควรแช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 9 ส่วน นาน 30 นาที หรือนำไปต้มนาน 20 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาดตามปกติ สิ่งขับถ่ายต่างๆ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ ควรชำระล้างให้สะอาด รวมทั้งการทำลายของเสีย เช่น สิ่งปนเปื้อน น้ำลาย เสมหะและเลือด โดยการเผา (Long & Wright, 1989; Schmidt & Crespo-Fierro, 1995)

3.5.2.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น การติดเชื้อฉวยโอกาสนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงจำเป็นต้ององกันอันตรายต่างๆ เหล่านี้ต่อสุขภาพโดยการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น หวัด วัณโรค หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนแออัดตลอดจนดูแลรักษาความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2538; Schmidt & Crespo-Fierro, 1995; WHO, 1992)

3.5.3 ด้านการดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย

3.5.3.1 ใช้เวลาส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรรู้จักแบ่งเวลาให้กับตนเองในการที่จะอยู่ตามลำพังและพบปะกับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม ควรหาเวลาว่างเพื่อความเป็นส่วนตัว เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรกที่ตนชอบ (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538) หาโอกาสพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ตลอดจนเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะช่วยในการเผชิญปัญหาที่มีความหวัง และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น (เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย, 2536; มารยาท วงศาบุตร, 2539) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้โดยไม่จำเป็นต้องแยกห้องนอน ห้องน้ำ หรือรับประทานอาหารของ

ตนเอง อาจใช้ข้อมูลกลางในการตัดแบ่งอาหาร (สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่, 2538 ; Long & Wright, 1989; Stern, 1988 ; WHO, 1992)

3.5.3.2 ลดความเครียด ความซึมเศร้า ปรับทัศนคติ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องคงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดแสวงหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เช่น แสวงหาข้อมูลเพื่อเรียนรู้และแก้ปัญหากระทำการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การออกกำลังกาย หรือการอ่านหนังสือ (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539; วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย, 2535; Green, 1996; Kocsis, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่า การลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง (Lovejoy & Session, 1989) เนื่องจากภาวะเครียดและซึมเศร้าจะส่งผลทำให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดขาว ชนิด CD4 และมีการลดของ natural killer cells ของร่างกายอีกด้วย (Evan, 1995; cited in Cerrato, 1996; Gray, 1996)

นอกจากนี้เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองตลอดจนแสวงหาแหล่งช่วยเหลือและมาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสมโดยการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีไข้ เหงื่อออกตอนกลางคืน ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก มีฝ้าขาวที่ลิ้น มีผื่นงูสวัดที่ผิวหนัง น้ำหนักลด ต่อมมน้ำเหลืองโต คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ อาจมีการแสวงหาข้อมูลและเรียนรู้การใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบพื้นบ้าน และมาพบแพทย์เมื่ออาการต่างๆ รุนแรงขึ้น ปฏิบัติตามแผนการรักษา มาตรฐานตามนัดสนใจซักถามเรื่องแผนการรักษารวมทั้งปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสต่อเนื่อง (มณี เพ็ญวิไล, วาสนา เลอวิทย์วรพงศ์, วาริศา วิเศษสรรพ และนางลักษณ กิตติรุ่งเรือง, 2537; Green & McCreaner, 1996; Stern, 1988; WHO, 1992)

วิธีการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้นใช้เป็นส่วนประกอบสำคัญของเนื้อหาที่ผู้วิจัยใช้ในการให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลลดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เพศ เนื่องจากมีความแตกต่างกันของการทำหน้าที่ และบทบาทในครอบครัว เพศหญิงต้องดูแลตนเองมากกว่า และยังต้องดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว แต่ถ้าสามีเป็นผู้ติดเชื้อจะได้รับการดูแลจากภรรยา เป็นผลจากระบบความเชื่อและค่านิยมของสังคม จึงพบว่าผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศหญิงมีการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย (พิบูล นันทชัยพันธ์, 2539)

อายุและการพัฒนาการ พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีพัฒนาการเป็นไปตามอายุ เป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะจะสามารถคิดพิจารณาตัดสินใจและกระทำการดูแลตนเองได้ดี เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อไป

ถึงความสามารถในการรับรู้ การคิด การจำ การเรียนรู้ และการทำความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นตัวกำหนดความต้องการและความสามารถในการดูแลตนเอง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบครอบครัว สภาพที่อยู่ สังคมวัฒนธรรมและประเพณี เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่าครอบครัวที่มีความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น และอยู่ในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจและความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี แต่ถ้าผู้ติดเชื้ออยู่ในครอบครัวที่ไม่เข้าใจ ขาดความอบอุ่น และชุมชนที่มีทัศนคติที่ไม่ดี จะทำให้ไม่มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เท่าที่ควร (กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541)

ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก เพราะสภาพการเจ็บป่วยที่ยังรักษาให้หายขาดไม่ได้ และอาการแย่งมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจและการดูแลตนเอง จึงพบว่าผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในทางบวก (กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541)

ฐานะทางเศรษฐกิจและแหล่งสนับสนุน พบว่ามีความสอดคล้องกัน คือ ผู้ติดเชื้อที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะสามารถหาแหล่งสนับสนุนได้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

4. ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์เกิดได้ตั้งแต่แรกคลอด คือ ความไม่สุขสบาย (Stuart & Sundeen, 1979 อ้างถึงในอรรถัย โสมนรินทร์, 2538) จนถึงขั้นกลัวว่าตนเองจะขาดความมั่นคงปลอดภัย แต่ไม่สามารถบ่งชี้ชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริงขอ ซึ่งทุกคนมักจะประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน และเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล (Subjective experience) ที่คนอื่นไม่สามารถล่วงรู้ได้ว่าผู้ที่ตกอยู่ในภาวะความวิตกกังวลมีความรู้สึกเป็นอย่างไร ทั้งนี้ เนื่องจากมนุษย์ต้องติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและต้องการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคม จึงต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมาย ซึ่ง Spielberger (1976) อ้างถึงใน สุชาติ รัชชกุล และชมพูนุช โสภากาจารย์ (2544) ได้แบ่งแยกความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญไว้อย่างชัดเจน นั่นคือในขณะที่ความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลเป็นลักษณะประจำตัวหรือที่เรียกว่าเป็นนิสัย ความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นการเปลี่ยนแปลงในความตึงเครียดของอารมณ์ตามเวลาชั่วครั้งชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามสิ่งเร้า เช่น ถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากตามไปด้วย โดยเฉพาะเมื่อเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผล

กระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลเสียต่อผู้ติดเชื้อ ดังนั้นการเข้าใจถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะทำให้สามารถให้การช่วยเหลือหรือบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ความวิตกกังวลจะเกิดประโยชน์หรือโทษขึ้นกับระดับความรุนแรงของภาวะที่ประสบอยู่ เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะส่งผลต่อบุคคลในด้านการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ และการเรียนรู้ Travelbee (1971)

4.1 ความหมาย (Definition)

ความวิตกกังวลได้มีนักวิชาการหลายสาขามีการให้ความหมายของไว้มากมาย ดังนี้

Carpencito (1989 cited in Mynchenberg & Dancan, 1995) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น และกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ตอบสนองต่อความรู้สึกคลุมเครือและสิ่งเร้าที่คุกคามเข้ามา

Endler (1997) อ้างถึงใน สุชาดา รัชชกุล และ ชมพูนุช โสภางารย์ (2544) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาอย่างหนึ่งที่ตอบสนองต่อความเครียด

Gorman, Sultan and Raines (1996) อ้างถึงในสุทธิณี วัฒนกุล (2547) ให้ความหมายความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น มีความตึงเครียด สับสนโดยที่ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ จะมีการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม เป็นสัญญาณเตือนว่ามีสิ่งหนึ่งสิ่งใดเข้ามาคุกคามความมั่นคง ปลอดภัย ซึ่งจะมีจริงหรือไม่ก็ได้ ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบโต้เพื่อลดภวะนั้น

Klerman (1983) ความวิตกกังวล หมายถึง ความกดดันภายในของคนใดคนหนึ่ง ซึ่งคิดถึงความน่ากลัว ความยุ่งยาก ความยากลำบาก หรือการคิดไปล่วงหน้าถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะมีอาการแสดงออกด้วยอาการใจเต้นแรง ใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ปากแห้ง วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น

Peplau (1992) อ้างถึงใน สุชาดา รัชชกุล และ ชมพูนุช โสภางารย์ (2544) อธิบายถึงความวิตกกังวลว่าเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย และเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเจริญเติบโตด้านชีววิทยาและอารมณ์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย

Spielberger (1976) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถบ่งชี้ได้แน่ชัดว่าอะไร คือมีสิ่งเร้าแต่ประเมินว่าสิ่งเร้าที่คุกคามหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยทำให้มีความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข อึดอัด กระวนกระวาย และอาจเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข

Stuart & Sundeen (1987) กล่าวถึงความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความไม่แน่ใจ ขาดผู้ช่วยเหลือ ความรู้สึกถูกแยกจากความเคยชินทำให้ขาดความ

มั่นคง และบุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าของตนถูกคุกคาม ประสบการณ์ของความวิตกกังวลเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยทารกและดำเนินมาตลอดช่วงชีวิตของบุคคล

Whitley (1992) สรุปว่าความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกของความเคลือบคลุมไม่แน่ใจ รู้สึกไม่สบายและหวาดกลัว ที่มาหรือสาเหตุของความวิตกกังวลไม่ทราบแน่ชัดหรือไม่สามารถระบุได้ มีการตอบสนองทางนามธรรมที่ไม่สามารถสังเกตได้แต่บุคคลที่ประสบอยู่สามารถอธิบายได้ และมีการตอบสนองทางรูปธรรมที่สามารถสังเกตได้

Zung (1971) กล่าวว่า ใจว่า ความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาาร่วมด้วย

คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยบุคคลจะตอบสนองต่อความวิตกกังวลนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ณัฐนาฏ สระอุบล (2540) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ โดยคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือสิ่งไม่ดีขึ้น ทำให้มีลักษณะของความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และมักจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกายด้วย

เพ็ญรจิตต์ ภูมิสิริกุล (2546) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่มากกระทบว่าคุณค่า หรือมีอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์ที่เข้ามากกระทบนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้บุคคลมีความไม่สบาย หวั่นใจ กระวนกระวาย และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย สรีระ พฤติกรรมการรับรู้

รัตนา อยู่เปล้า (2543) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจที่มีอยู่ในขณะนั้นต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรือเหตุการณ์บางอย่างที่อาจเกิดขึ้นในภายหน้า และคาดว่าจะเป็อันตรายคุกคามต่อชีวิต

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ได้ให้ความหมายความวิตกกังวล คือ ความรู้สึกส่วนบุคคล ที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ ซึ่งเกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยสิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริง หรือเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้าก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม (objective) แตกต่างกันไปตามระดับความรู้สึกนั้น

อรทัย ไสมนรินทร์ (2538) กล่าวว่าความวิตกกังวล เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น มีการตอบสนองเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ซึ่งสรุปได้ว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในของบุคคลเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม โดยคาดว่าสิ่งคุกคาม นั้นก่อให้เกิดอันตราย และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ใจสั่น นอนไม่หลับทางจิตใจ ทางพฤติกรรม ซึ่งสามารถประเมินได้ดีที่สุดจากบุคคลซึ่งประสบอารมณ์นั้นอยู่ และระดับความวิตกกังวลจะแตกต่างกันของแต่ละคนไปแม้ว่าอยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน

4.2 องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

มี 3 ประการ ดังนี้ Melvin (1978)

4.2.1 สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบของความคิด ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในของตนเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ก็ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

4.2.2 การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือการประเมินหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคามทำให้เกิดความขัดแย้ง ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก

4.2.3 ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต เป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้และเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน ซึ่งบุคคลรู้สึกว่าเป็นการคุกคามมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

4.3 กลไกการเกิดความวิตกกังวล

Lader et al. (1971) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลทั้งสองชนิด ได้แก่ Trait anxiety และ State anxiety โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of Normal Anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger ดังนี้

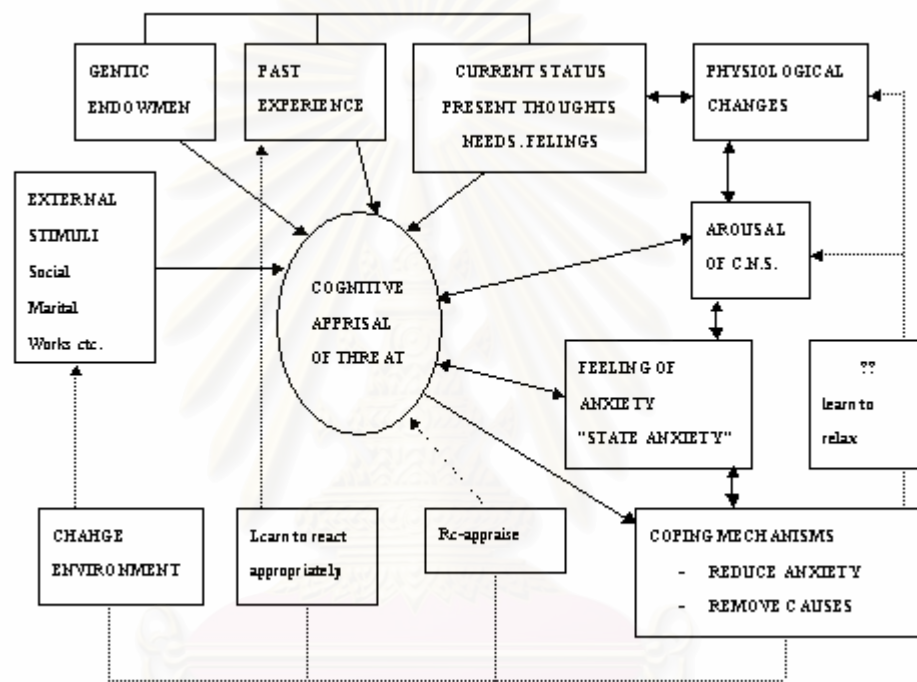
องค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลโดยตรง คือ กรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และ สถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงความคิด ความต้องการ และความรู้สึกในขณะนั้น โดยทั้งสามอย่างนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และก่อให้เกิดความไม่เอียงที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 แล้วยังมีปฏิสัมพันธ์กับจุดอื่นๆ เป็นลูกโซ่ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญเมื่อมีสิ่งกระตุ้นจากภายนอกเช่น สังคม การทำงาน เข้ามาคุกคาม และมีการรับรู้ของเปลือกสมองใหญ่ (Cerebral cortex) ว่าเป็นอันตราย ร่วมกับอิทธิพลที่ได้รับกับความวิตกกังวลแบบแฝง โดยจะมีการแสดงออกมา 3 อย่าง คือ

4.3.1 เกิดความรู้สึกวิตกกังวลที่แสดงออกเห็นชัดเจน โดยผ่านทางศูนย์ควบคุมทางอารมณ์ (Limbic system)

4.3.2 เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทาง Reticular Formation ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็วเหงื่อออกมาก

4.3.3 แสดงออกโดยใช้กลไกทางจิตเพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งก่อนแล้วโยนไปสู่อีกพฤติกรรมอื่นๆ การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและอารมณ์ผ่านทาง การประเมินความรู้สึกนี้เองทำให้บุคคลรู้ว่าเขารู้สึกวิตกกังวล บุคคลจึงพยายามลดความวิตกกังวล โดยผ่านทาง การเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่จะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง และกลไกทางจิตให้น้อยลงทั้งนี้อาจกระทำได้หลายวิธี



ภาพแสดงรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ

ที่มา : Lader & Marks, 1966: 154 – 156

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลทำให้บุคคลมีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกัน มีหลายประการดังนี้

4.4.1 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบุคลิกภาพด้านร่างกายที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเป็นผลจากการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน ทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ของเพศหญิงและเพศชายต่างกัน จากการศึกษาพบว่าในระยะก่อนได้รับการผ่าตัด เพศหญิงจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Domar, Everett & Keller, 1989; Graham & Conley, 1971 อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536) ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูและความคาดหวังของสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศว่า เพศชายจะต้องมีลักษณะ

เข้มแข็ง อดทนและเป็นผู้นำ ส่วนเพศหญิงจะมีลักษณะละเอียดอ่อน ช่างคิดและมีโอกาสแสดงออกได้น้อยกว่าเพศชาย จึงสรุปได้ว่าความแตกต่างด้านเพศทำให้ความวิตกกังวลต่างกัน

4.4.2 อายุ การพัฒนาในแต่ละวัยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้ต่าง ๆ กัน (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) ดังนี้

4.4.2.1 วัยเด็ก ความวิตกกังวลเรื้อรังก่อให้เกิดความแปรปรวนของนิสัย เช่น การกตัญญู การดูแลหัวแม่มือ การถ่ายปัสสาวะรดที่นอน

4.4.2.2 วัยรุ่น ปัญหาด้านการเรียน การสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ การเลือกอาชีพ เรื่องศาสนา การเงิน ซึ่งต้องพึ่งพาผู้ใหญ่อารมณ์จึงเปลี่ยนแปลงง่ายโดยไม่มีเหตุผล ขาดการควบคุมอารมณ์

4.4.2.3 วัยผู้ใหญ่ วัยนี้ผ่านระยะการพัฒนาทางบุคลิกภาพมาโดยสมบูรณ์แล้ว มีเอกลักษณ์ของตนเอง มีบทบาททางเพศถูกต้องมีความรับผิดชอบพร้อมจะดำเนินชีวิตและการงานสามารถปรับตัวให้เข้ากับภาวะทางสังคมและปัญหาทางอารมณ์ได้เหมาะสม ความวิตกกังวลในวัยนี้มักเกิดจากความใฝ่สูงมากเกินไป (Over expectation) และความพยายามที่จะบรรลุเป้าหมายซึ่งไม่อาจเป็นไปได้ทำให้ตนเองรู้สึกไม่มีค่าแสดงความวิตกกังวลออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ไป เช่น เกิดเป็นโรคประสาท

4.4.2.4 วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความวิตกกังวลมักเป็นผลมาจากความขัดเคือง และความโกรธที่ถูกเก็บกดเอาไว้ ความรู้สึกเช่นนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครเอาใจใส่ดูแลและมีความรู้สึกท้อแท้ และเดี๋ยวตาย จากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (ชนิษฐา นาคะ 2534) อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536) พบว่าผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 21 - 40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญและมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่อายุระหว่าง 61 - 80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ใหญ่วัยต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 21 - 40 ปี ต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ได้ง่าย ต่างจากผู้สูงอายุซึ่งผ่านประสบการณ์มากทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ใหญ่วัยต้นได้

4.4.3 การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาของบุคคล จากการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2536) อ้างถึงในประภาศรี จีระยิ่งมงคล พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจะมีระดับความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4.4 ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยจากการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2536) อ้างถึงในประภาศรี จีระยิ่งมงคล พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในระหว่างเจ็บป่วยแตกต่างกันจะมีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน เนื่องจากคำรักษาในโรงพยาบาลของรัฐไม่สูงจนเกินไป

4.4.5 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของบุคคล การเจ็บป่วยทางกายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว สิ้นหวัง ท้อแท้ และคับข้องใจ ซึ่งนำไปสู่ความกดดันด้านจิตใจ และมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่ร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้ (บุญศรี เพชรรัตน์, 2535 อ้างถึงในประภาศรี จีระยิ่งมงคล , 2536)

4.4.6 ความหวังของบุคคล จะมีผลต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีความหวังสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่รู้สึกสิ้นหวัง และความหวังเปรียบเสมือนอำนาจที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลช่วยทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจเข้มแข็ง พร้อมทั้งจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ และอดทนต่อความเจ็บป่วยที่สิ้นหวังนั้น จะมีภาวะทางอารมณ์แปรเปลี่ยนไปจากปกติ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้าได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532 อ้างถึงในประภาศรี จีระยิ่งมงคล, 2536)

4.5 ชนิดของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกได้หลายประเภทแตกต่างกันไป โดยอาจแบ่งเป็นความวิตกกังวลที่เป็นสัญญาณ (Signal anxiety) ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (Anxiety state) ความวิตกกังวลประจำตัว (Anxiety state) และความวิตกกังวลไม่มีสาเหตุ (Free-floating anxiety) (Shives, 1990) การวิจัยเกี่ยวกับความวิตกกังวลส่วนมากรวมทั้งการศึกษานี้ นำแนวคิดของ Spielberger มาใช้เป็นแนวทาง

Spielberger และคณะ (Spielberger & Krasner, 1988; Spielberger & Sydeman, 1994 อ้างถึงในสุชาดา รัชชกุล และชมพูนุช โสภจรรย์ ; Shives, 1986 อ้างถึงใน ประภาศรี จีระยิ่งมงคล ,2536) แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

4.5.1 ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety or A-Trait or chronic anxiety) เป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล เป็นลักษณะประจำตัวหรือที่เรียกว่าเป็นนิสัย จะมีลักษณะคงที่และมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า และไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม โดยตรงแต่จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลง Spielberger ชี้ให้เห็นว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้นจะขึ้นกับความวิตกกังวลแฝงด้วย กล่าวคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงย่อมมีแนวโน้มของความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงด้วย

4.5.2 ความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (State anxiety or A-State or situational anxiety) เป็นการเปลี่ยนแปลงในความตึงเครียดของอารมณ์ตามเวลา ชั่วโมง ชั่วโมง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามสิ่งเร้า เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไป

ตามความรุนแรงของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามาก ความวิตกกังวลก็มากตาม (อรรถัย โสมนรินทร์, 2538) ผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบนี้คือบุคคลที่มีความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย ติดเชื้อโรคร้าย เช่น เชื้อเอชไอวี ฯลฯ

ในการศึกษานี้การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่เรียกว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเนื่องจากการดำเนินของโรค

4.6 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ จากหลายสาเหตุ บุคคลที่มีความวิตกกังวล บางคนสามารถบอกถึงสาเหตุได้ชัดเจนแต่บางคนไม่สามารถบอกได้ ซึ่ง Peplau (อ้างถึงใน ปาหนัน บุญหลง, 2528; Stuart, 1995) กล่าวว่าไว้ว่าความวิตกกังวลเกิดจาก การคุกคามใด ๆ ก็ตามที่มีต่อความปลอดภัยของแต่ละบุคคลจะทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยแบ่งการคุกคามออกเป็น 2 ชนิด

4.6.1 การคุกคามต่อการทำงานของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งคุกคามทางชีวภาพ (Integrity Biological) ที่มีการรักษาความสมดุลของร่างกาย เช่น การควบคุมอุณหภูมิ การแสดงท่าทาง เพื่อแสวงหาการตอบสนองของความต้องการทางกาย ซึ่งโรคทางกายที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ง่ายมีดังต่อไปนี้

4.6.1.1 ร่างกายอ่อนเพลีย เช่น จากการทำงานหนักมีความเครียดอยู่เป็นเวลานานหรือโรคทางกายที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอ่อนไหวง่ายไม่เป็นตัวของตัวเองและไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีเหมือนเดิม

4.6.1.2 อันตรายต่อศรัทธา เมื่อถูกตีที่ศรัทธาหรือศรัทธาพาดพิงผู้ป่วยจะหมดสติอยู่ครู่หนึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของเซลล์สมอง และการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติเสียไป ทำให้เกิดความวิตกกังวลง่าย ร่วมกับอารมณ์หงุดหงิดและสมาธิไม่ดี

4.6.1.3 โรคต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยที่เป็น Hyperthyroidism อาการของโรคต่าง ๆ เช่นใจสั่น ตื่นเต้นง่ายและความวิตกกังวลเป็นผลของ Thyroxin ต่อสมองโดยตรง

4.6.2 การคุกคามต่อความเป็นตัวเอง การคุกคามบุคคลที่จะรักษาแนวคิดเฉพาะของตนและค่านิยม และกระบวนการพฤติกรรมที่ใช้เพื่อต่อต้านการเปลี่ยนแนวคิดของตน การคุกคามเหล่านี้รวมถึง

4.6.2.1 ความมุ่งหมาย ความคาดหวัง ความประสงค์ ความหวัง ความต้องการจินตภาพของตน ที่แต่ละบุคคลยึดถือไว้ ไม่เป็นไปตามความต้องการ ไม่บรรลุเป้าหมาย หรือไม่เกิดขึ้นจริงในสถานการณ์ที่ความคาดหวังเหล่านั้นมีอยู่

4.6.2.2 ความต้องการเพื่อศักดิ์ศรี สถานภาพและความเคารพนับถือที่มีอยู่ แต่ไม่พบในสถานการณ์นั้น เช่น การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ จากหัวหน้าครอบครัวต้องกลายเป็นผู้อาศัยหรือการที่ต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น

เมื่อการคุกคามเกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและความเป็นตัวของตัวเองจะส่งผลให้เกิดความคับข้องใจ (Frustration) ความรู้สึกขัดแย้ง (Conflict) และภาวะเครียด (Stress) ซึ่งภาวะเหล่านี้ล้วนแต่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้น (Luckman & Sorensen, 1979 อ้างถึงใน อรทัย โสมนรินทร์, 2538)

ความวิตกกังวล สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานการณ์ที่มีการคุกคามเอกลักษณ์ของบุคคล (Individual's identity) หรือการคุกคามต่อการนับถือตัวเอง (Self – esteem) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดหนทาง ถูกทอดทิ้ง เกิดความไม่มั่นใจและเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองนั้นจะมีอันตรายโดยไม่สามารถแยกออกจากความกลัวได้ แต่ไม่เหมือนกับความกลัว เป็นความรู้สึกที่คลุมเครือ หวาดหวั่นและหงุดหงิด ความรู้สึกนี้ทำให้ประสาทและร่างกายตื่นตัวและปฏิกิริยาของระบบประสาทอัตโนมัติพร้อมที่จะสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight)

4.7 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นกลไกทางจิตเมื่อมีสิ่งเร้าใดๆ เกิดขึ้นบุคคลจะตีความหรือให้ความหมายกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นก่อน โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของตนเอง แล้วคาดเดาถึงเหตุการณ์ในอนาคตที่ตนเองจะต้องเผชิญ หากบุคคลให้ความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าในทางบวก ความวิตกกังวลก็จะหมดสิ้นไป ตรงกันข้ามหากบุคคลตีความหรือให้ความหมายสิ่งเร้าในทางลบ ด้วยกลไกทางจิตจะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ ซึ่งจะวิตกกังวลมากหรือน้อย ย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับ อายุ ประสบการณ์ในอดีต และภาวะสุขภาพ ตามสิ่งที่มีมากระตุ้น โดยทั่วไปความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกเป็นระดับได้ 4 ระดับคือ (Shives, 1990; Stuart, 1995; Stuart & Laraia, 2001)

4.7.1 วิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีการตื่นตัวของระบบประสาทซิมพาเทติกระดับต่ำ มีความตื่นตัวของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อระดับต่ำถึงปานกลาง ร่างกายผ่อนคลาย มีการเคลื่อนไหวนุ่มนวล ตั้งใจ และมีจุดหมาย น้ำเสียงราบเรียบ การรับรู้กว้าง มีความสามารถในการเรียนรู้และแก้ปัญหาดี สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ มีความรู้สึกมั่นคง ไว้วางใจ มีความคิดในทางที่เหมาะสม ความวิตกกังวลระดับนี้จะเกิดขึ้นและสิ้นสุดในระยะเวลาสั้น ๆ

4.7.2 ปานกลาง (Moderate anxiety) ทำให้บุคคลมีความตื่นตัวและว่องไวมากขึ้น ระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำงานมากขึ้น ความดันโลหิตชีพจร และอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น รูปร่างตาขยาย มีการกระตุ้นต่อมเหงื่อ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระดูก มี

ความกระตือรือร้นมากเกินไป พุดเร็ว เสียงสูง การรับรู้แคบลง สนใจเฉพาะสิ่งกระตุ้นภายในหรือนอกที่อยู่ตรงหน้า สิ่งกระตุ้นอื่น ๆ จะถูกตัดออกไป ต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการรับรู้ข้อมูลหรือเรียนรู้ ความวิตกกังวลระดับนี้ถ้าได้รับความช่วยเหลือด้วยการฟังดนตรี การสร้างจินตภาพ การใช้พลังสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการนวด จะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่าง ๆ จะกลับดีขึ้น (Barry, 1996)

4.7.3 รุนแรง (Severe anxiety) ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่าง ๆ แคบลงมาก ระบบประสาทซิมพาเทติกทั่วร่างกายทำงานมากขึ้น มีการกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดูลลาให้หลั่งแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การไหลเวียนเลือดไปสู่ระบบทางเดินอาหารลดลง หายใจเร็วลึก การทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น และไม่ประสานกัน สั่น บางครั้งอาจมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ การแสดงออกทางคำพูด จะพูดติดอ่าง พุดเร็ว เสียงสูง พุดแบบไม่แน่ใจ การแสดงทางสีหน้า จะกลอกตาไปมา ไม่สบตา มีอาการชากรรไกรเกร็ง มีการตอบสนองแบบสู้หรือหนี การรับรู้จะจำกัดความสนใจเฉพาะการกระตุ้นจากสิ่งเดียว (ภายในหรือภายนอก) ปฏิเสธหรือไม่สนใจสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่เป็นอันตราย มีการมองสภาพแวดล้อมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ไม่รับรู้การเวลาสถานที่ สำหรับความวิตกกังวลอย่างรุนแรง เมื่อเกิดขึ้นแล้วบุคคลจะมุ่งความสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งจนทำให้ไม่สามารถคิดถึงเรื่องอื่นได้เลย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมให้เห็นและพยายามที่จะหาวิธีผ่อนคลายความวิตกกังวล ความวิตกกังวลระดับนี้ Barry (1996) กล่าวว่าสามารถบรรเทาลงด้วยวิธีการฟังดนตรี การสร้างจินตภาพ การใช้พลังสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการนวด

4.7.4 รุนแรงมากจนกลายเป็นความตกใจกลัวได้ (Panic) จะเกิดร่วมกันความรู้สึกสูญเสียการควบคุมและหวาดกลัว มีการกระตุ้นทางด้านร่างกายอย่างต่อเนื่องไม่สามารถควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อได้ มีพฤติกรรมถดถอยทั้งทางด้านคำพูดและการรับรู้ ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง ความคิดไม่ต่อเนื่อง กระบวนการทางความคิดเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ความสนใจต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ลดลง การส่งสัญญาณประสาทจากระบบประสาทซิมพาเทติกหยุดชะงัก การไหลเวียนเลือดลดลง ความดันโลหิตต่ำ วิงเวียนศีรษะ เป็นลมและหมดแรง ซีด อ่อนเพลีย การแสดงออกทางสีหน้า หน้ายู่ยี้ เลิกคิ้ว อ้าปากค้าง การแสดงออกทางคำพูดจะพูดเสียงสูงและดังมาก อาจพูดววน พุดน้อยลง เสียงสั่น อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน แสดงความก้าวร้าวอย่างรุนแรง จะทำให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการทำงาน หรือความกระตือรือร้น ในการทำงานลดลง และจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมาก จากการศึกษาของ Cassen & Hackett

(1971 cited in Pollack, Labbate, & Stern, 1999) การแก้ไขความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุดนี้ จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล (Barry, 1996)

4.10 ผลของความวิตกกังวล (Consequences of anxiety)

เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป โดยรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Subjective-Cognitive Component) และจะมีผลให้เกิดการตอบสนองต่อความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (สุวณีย์ เกี่ยววกิงแก้ว, 2527; นิตยา สมบัติแก้ว, 2536; Stuart & Sundeen, 1987; Spielberger, 1984; Kneisl, 1996) สามารถสรุปได้ ดังนี้

4.10.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

4.10.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีรวิทยา โดยแรงกระตุ้นจากสิ่งเร้าจะเคลื่อนเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางคือ สมองและไขสันหลัง Thalamus และ Hypothalamus ไปยัง Cerebrum cortex ซึ่งทำหน้าที่รับรู้สิ่งเร้าและกระตุ้นใน Pituitary gland หลังฮอริโมน Adrenocorticotropic เพื่อช่วยให้ร่างกายต้านทานต่อความวิตกกังวลได้ดีขึ้น นอกจากนี้ hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของอารมณ์และเป็นสมองส่วนที่ควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ จะถูกกระตุ้นจาก cerebrum ให้ส่งแรงกระตุ้นต่อไปยัง Adrenal medulla ให้หลั่งสาร Epinephrine ซึ่งมีผลต่อร่างกายให้มีการตอบสนองในทางที่จะสู้ หรือถอยหนี

4.10.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ในภาวะวิตกกังวล จะกระตุ้นให้มีการหลั่ง Epinephrine Norepinephrine และฮอริโมน Adrenocortical ออกมาสู่กระแสโลหิตมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ electrolyte ในร่างกาย มีการขับสารพวกน้ำตาลออกมามากขึ้นและมีผลต่อกลิ้มเนื้อและการสร้างเสริมลักษณะเพศชาย

4.10.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยและปานกลางจะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย แต่ถ้าสูงมากถึงระดับรุนแรงและรุนแรงมากที่สุด จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน จากการศึกษาของซุง (Zung, 1971; วิจารย์ วิชัยยะ, 2523) ได้สรุปอาการสำคัญของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดตามระบบอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มีอาการกล้ามเนื้อตึงตัว ปวดกล้ามเนื้อ เมื่อยล้า โดยเฉพาะบริเวณต้นคอ บั้นเอว และศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนเกิดความเจ็บป่วย

2) ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการหัวใจเต้นแรงและเร็ว ความดันโลหิตเพิ่ม เจ็บหน้าอก ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดบริเวณมือและเท้าหดตัวทำให้มือเท้าซีดเย็น รู้สึกร้อนที่ใบหน้า

3) ระบบหายใจ มีอาการหายใจไม่เต็มอิ่มหายใจถี่ และลึกผิดปกติ มีความรู้สึกเหมือนจะเป็นลม เวียนศีรษะ อึดอัดบริเวณหน้าอก ถอนหายใจบ่อย

4) ระบบทางเดินอาหาร มีอาการแน่นท้อง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน บางรายท้องเดิน บางรายท้องผูก เบื่ออาหาร บางรายรับประทานมาก

5) ระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ถ่ายปัสสาวะบ่อย ความสามารถทางเพศลดลง ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ

6) ระบบผิวหนัง มีอาการหน้าแดงหรือหน้าซีด ภูมิแพ้ รังสีกร่อน มือหรือเท้าเย็น เหงื่อออกมาก

7) ระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการฉุนเฉียวง่าย สมาธิไม่ดี ความคิดมึนงง การรับรู้บกพร่อง นอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่สนิท ความจำลดลง

4.10.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ ความวิตกกังวลเป็นลักษณะหนึ่งของอารมณ์ที่เป็นทุกข์ อารมณ์จะเปลี่ยนเร็ว ไวต่อสิ่งกระตุ้น ตื่นตัวดี มีความรู้สึกหวาดหวั่นกลัว ตื่นตระหนก ตกใจ มีความตึงเครียด ไม่สบายใจ ไม่เป็นสุข ไม่แน่ใจ จิตใจไม่สงบ ไม่มั่นใจว่าจะแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็วทำให้ขาดสติ ในการพิจารณาไตร่ตรองสภาวะที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ทำให้การตัดสินใจผิดพลาด ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างออกไป ขึ้นกับการรับรู้และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น

4.10.3 การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม บุคคลมักจะแสดงออกแบบอัตโนมัติ ที่พบบ่อย คือ หงุดหงิด โมโหง่าย และโกรธ ซึ่งพฤติกรรมการแสดงออกนี้สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

4.10.3.1 มีการแสดงออกของพฤติกรรม (Acting out behavior) บุคคลจะแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผย เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย พุดจาชวนทะเลาะ กระสับกระส่าย

4.6.3.2 มีอาการทางกาย (Somatizing) เป็นการลดภาวะวิตกกังวล โดยเบนความสนใจไปสู่อาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีผลมาจากจิตใจ เช่น โรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะจากความเครียด หอบหืด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4.6.3.3 มีอาการชะงักงัน อยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (Freezing to the spot) พฤติกรรมแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ (Withdrawal) เก็บกดความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นอาการเศร้า (Depression) มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

4.6.3.4 มีพฤติกรรมในรูปแบบที่พยายามทำความเข้าใจ ถึงสาเหตุของความวิตกกังวล (Using the anxiety in the service of learning) และทำความเข้าใจในวิธีการที่ตนเองใช้เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวล หาสาเหตุว่าอะไรทำให้ตนอึดอัดไม่สบาย เรียนรู้จากประสบการณ์ เช่น เมื่อไม่ได้อ่านหนังสือก่อนเข้าสอบ จะทำให้รู้สึกหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ ไม่สบายใจภายหลังสอบ ใน

ครั้งต่อมาถ้าบุคคลนั้นไม่ต้องการมีประสบการณ์อย่างนั้นอีก ก็จะหาทางป้องกันโดยอ่านหนังสือก่อนสอบ

4.6.3.5 การเปลี่ยนแปลงด้านการสังเกต สมาธิ ความจำ และการเรียนรู้ จะมี การเปลี่ยนแปลงตามระดับความวิตกกังวล กล่าวคือความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยและปานกลาง จะทำให้การรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ดีขึ้น สมาธิ ความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าความ วิตกกังวลระดับสูงและสูงมาก การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะไปในทางที่เลวลง เช่น ขาดความตั้งใจ หลงลืม การตัดสินใจผิดพลาด สับสน ความคิดหยุดชะงัก เป็นต้น

4.11 ผลของความวิตกกังวลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดกลุ่มโรคภัยแรงที่ยังหาไม่สามารถรักษาได้ และต้องอยู่กับ ความทุกข์ทรมานเนื่องจากความไม่แน่นอนในชีวิต และต้องตายก่อนเวลาอันสมควร สิ่งเหล่านี้ ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นอย่างมาก และยิ่งเมื่อสภาพร่างกายมีการ เปลี่ยนแปลง จะส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าความวิตกกังวลจากการ เจ็บป่วยโดยทั่วไป (Grant 1989; Runek 1986; Ribble 1989 cited in Dipasquale 1990) และ เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ มากขึ้น ดังนี้

4.11.1 ด้านร่างกาย เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเสื่อมโทรมลง ดังที่ Selye (1974) กล่าวถึงปฏิกิริยาด้านจิตใจว่ามี ผลในเชิงทำลายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้มากกว่าทำให้เกิดประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับ Sheridan and Radmacher (1992) ที่กล่าวไว้ว่าความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้สภาพ ร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นได้ นอกจากนี้ Anderson (1986) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลว่ามีผลโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอย่าง มาก โดยทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนตัวหนึ่งออกมา คือ Corticotrophin – Releasing Hormone ฮอร์โมนตัวนี้จะไปเกาะติดกับเซลล์ภูมิคุ้มกันร่างกาย การเกาะติดดังกล่าวจะไปกระตุ้นให้ร่างกาย สร้างโปรตีน ซึ่งเป็นโปรตีนควบคุมที่มีอนุภาคเล็กขุดหนึ่งออกมา และโปรตีนขุดนี้จะช่วยให้ไวรัส บางอย่าง เช่น ไวรัสเอชไอวี เพิ่มจำนวนมากขึ้นได้

4.11.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ได้รับ การวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคนี้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์อย่างมาก เพราะต้อง เผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆ นานัปการ คือ มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นและมีภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Donovan and Girton (1984) ที่พบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคภัยแรงจะ รู้สึกกลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการรักษา กลัวไร้ความสามารถ และกลัวทุกข์ทรมานจากการ เจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Comor (1990) ที่พบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะคิดเวียนวนเกี่ยวกับเรื่องของโรค ความเจ็บป่วยและความตาย โดยเฉพาะในช่วง 100 วันแรก

หลังจากได้รับการวินิจฉัยและตรวจพบว่ามีระดับภูมิคุ้มกันลดลงมาก นอกจากนี้อาจส่งผลถึงความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เป็นผลดีต่อการรักษาและทำให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ มีความคิดหมกมุ่น ท้อแท้ และหันเข้าหายาเสพติด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค หรืออนาคตที่ไม่อาจคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดตามมาจากการคุกคามของโรค

4.11.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เกิดจากการที่อารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป จึงมีผลทำให้สัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นแปรเปลี่ยนไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น เปลี่ยนจากบทบาทผู้นำครอบครัวเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น เปลี่ยนจากความเข้มแข็งเป็นความอ่อนแอและแยกตัวจากสังคม เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ขาดงาน เข้ากับเพื่อนร่วมงานไม่ได้ ทำให้รายได้ลดต่ำลง และมีภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

4.10 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่แตกต่างกันไป ดังนั้นการวัดจะต้องมีเครื่องมือเฉพาะ เช่น เครื่องมือติดตามการทำงานของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดชีพจร เป็นต้น ซึ่งการวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากอาจแปลความหมายได้ไม่ตรงเท่าที่ควรเพราะความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้เช่นกัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (Stuart & Sundeen, 1995) และมีระดับที่แตกต่างกันไป พอลสรุปวิธีการวัดและประเมินความวิตกกังวลได้ 4 วิธี (สุภาณี กาญจนศร, 2532; Brown, 1990; Greene, 1989; Barry, 2002) ได้แก่

4.10.1 ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของชีพจรหรือหัวใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Zung, 1971) ปริมาณเหงื่อที่ออกมาที่มือ ระดับ cortisol ในปัสสาวะ การวัดวิธีนี้ลำบาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดง

4.10.2 ประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำการเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน

4.10.3 การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่ การวัดแบบโรชาร์ท ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้มีความยากลำบากให้การแปลผลซึ่งต้องใช้ผู้ที่มีความชำนาญ (สุภาณี กาญจนศร, 2535)

4.10.4 ประเมินจากการใช้แบบประเมินด้วยตนเอง (Self – report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกตนเองรับรู้ได้โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตน การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง การวัดโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลตามความรู้สึกที่ตนรับรู้ และนำมาประเมินระดับของความวิตกกังวล ที่นิยมใช้กันมาก คือ

4.10.4.1 Taylor Manifest Anxiety Scale พัฒนาขึ้นในปี 1950 (Taylor, 1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้คำตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัยและผู้ป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้ในผู้ใหญ่ทั่วไป

4.10.4.2 Anxiety Status Inventory-Self-rating Anxiety Scale (ASI-SAS) พัฒนาโดยซุง (Zung, 1971) เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา ตามความเป็นจริงแล้วประกอบไปด้วย 2 แบบวัด คือ ASI และ SAS ทั้ง 2 แบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก อย่างไรก็ตามซุงรายงานว่าได้มีการศึกษาและใช้กับบุคคลที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตได้

4.10.5 มาตรวัดความวิตกกังวล (Visual Analog Scale: VAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด

0

100

ไม่มีความวิตกกังวล

มีความวิตกกังวลมากที่สุด

โดยให้ผู้ถูกประเมินกากบาทตรงตำแหน่ง บนเส้นที่แสดงถึงระดับความรู้สึกกังวล ในขณะนั้น ซึ่งการแปลผลระดับความวิตกกังวล จะวัดจากปลายเปิดทางซ้ายมือ เป็นเซนติเมตร ถึงระดับที่ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมายไว้

4.10.6 State – Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดยสปีลเบอ์เกอร์ และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเฉพาะและในสถานการณ์ทั่วไป โดยจะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4

คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้ได้แพร่หลายในนักเรียนระดับมัธยมปลาย นักศึกษา ผู้ป่วยทางอายุรกรรม และศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างถึงในดาราวรรณ ตีระปินตา, 2534)

แบบวัดความวิตกกังวล STAI ของสปิลเบอร์เกอร์และคนอื่นๆ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) คือ

4.10.6.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเทท (State anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ

4.10.6.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเทรท (Trait anxiety) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปในบุคคลทุกสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 13 ข้อ

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดมีความสัมพันธ์กัน คือผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูงมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสเททได้สูง ซึ่งในการตอบหากใช้แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดควรให้ผู้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตรทก่อน แล้วจึงตอบแบบสอบถามความวิตกกังวล สำหรับการแปลผลคะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ

ในการประเมินความวิตกกังวลนั้นอาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือกแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของสปิลเบอร์เกอร์มาใช้

4.11 วิธีบรรเทาความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่สูงก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจอย่างมากของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และส่งผลให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ก่อให้เกิดการดำเนินของโรคเร็วขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เกิดจากความวิตกกังวลได้ มีดังนี้

4.11.1 การใช้ยา เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจะใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลรุนแรงที่สุด (panic anxiety) แต่แพทย์อาจใช้ยาเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Barry, 1996) ยาที่บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า antianxiety agents

หรือ anxiolytic drug ในปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดที่ใช้เป็นยาด้านความวิตกกังวลได้ผลดีเนื่องจาก ยาแต่ละตัวมักมีข้อเสียไม่มากนักน้อยยาที่ใช้ลดความวิตกกังวลแบ่งเป็นยาที่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine และยาที่ไม่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine (Carson & Arnold, 1996) ดังนี้

4.11.1.1 ยาที่อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide (Librium) diazepam (Valium) clonazepam (Klonopin) lorazepam (Ativan) alprazolam (Xanax) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการสร้างสารสื่อประสาทในสมองบางส่วนลิมบิก และบริเวณเปลือกสมอง (cortical areas) ฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้มีน้อย และไม่มีอันตรายโดยทั่วไปให้ง่วงนอน ความคิดช้า อาการอื่นที่พบได้แต่พบน้อย ได้แก่ สับสน วุนวาย ผื่นขึ้นตามผิวหนัง และคลื่นไส้อาเจียน

4.11.1.2 ยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม benzodiazepine ได้แก่ buspirone (Buspar) การออกฤทธิ์ของยาจะกดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย และยาจะจับตัวรับสารสื่อประสาท ซีโรโทนิน และโดปามีน ฤทธิ์ข้างเคียงของยาอาจทำให้เกิดง่วง คลื่นไส้ ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย

4.11.2 โดยไม่ใช้ยา จะใช้ในผู้ป่วยที่ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) ถึงระดับรุนแรง (severe anxiety) (Barry, 1996) วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ (Shives, 1994)

4.11.2.1 การสร้างจินตภาพ (imagery) จะเบี่ยงเบนความสนใจร่วมกับการผ่อนคลายในการสร้างจินตภาพ ซึ่งเทคนิคนี้ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลขณะที่ผู้ป่วยเริ่มผ่อนคลาย จะต้องสร้างภาพจากจินตนาการไปยังสถานที่หรือสิ่งก่อสร้างที่สร้างความพึงพอใจ แต่อาจใช้ไม่ได้ผลในบุคคลที่ไม่สามารถสร้างจินตนาการได้อย่างเหมือนจริง เพราะอาจสร้างภาพในทางลบขึ้นมาแทน (ปริญาญา สนิทวาทิ, 2542) และต้องอาศัยกระบวนการคิดและการทำงานของสมองค่อนข้างมาก ต้องมีการฝึกให้ชำนาญ จึงยากที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยวิกฤต

4.11.2.2 การฟังดนตรี ดนตรีจะมีผลต่อการรับรู้ หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ระดับเปลือกสมอง ซึ่งจะมีผลต่อบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะทางด้านความสนใจ และจินตนาการทางอารมณ์ ทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ต้องขึ้นกับชนิดและความชอบของผู้ฟังด้วย (Hicks, 1992)

4.11.2.3 การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation exercise) มีวิธีการหลายอย่างที่จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้การผ่อนคลาย ขั้นตอนโดยทั่วไปของการผ่อนคลาย คือการฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ทำให้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายตึงเครียดหลังจากนั้นทำให้เกิดการผ่อนคลายโดยเริ่มจากศีรษะไปจนถึงนิ้วเท้า และในที่สุดร่างกายทุกส่วนจะเกิดการผ่อนคลายขึ้นพร้อม ๆ กัน การ

ฝึกการผ่อนคลายต้องใช้เวลาในการฝึกอย่างสม่ำเสมอและจริงจังจึงจะเกิดผล (ใจรัตน์ ศุภกุล, 2530)

4.11.2.4 การสะกดจิต (Hypnosis) เพื่อทำให้เกิดการผ่อนคลาย และมีการสร้างจินตภาพเพิ่มขึ้น บุคคลจะได้รับการสอนการสะกดจิตด้วยตนเอง เพื่อใช้ลดความวิตกกังวล ซึ่งต้องกระทำโดยผู้ที่มีความชำนาญเท่านั้น (สุวิทย์ ปรัชญาปารมิตา, 2541)

4.11.2.5 การสัมผัส (touch) เป็นการสื่อสารชนิดหนึ่ง que แสดงถึงความอบอุ่นหวังดี การดูแลเอาใจใส่ จากผู้สัมผัสผู้ถูกสัมผัส ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย จึงช่วยลดความวิตกกังวลได้ แต่การสัมผัสต้องเหมาะสมและสอดคล้องกันทั้งทางการแสดงออกทางสีหน้าและทางคำพูด และสำหรับการพยาบาลที่เป็นผู้หญิงให้การสัมผัสผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยอาจจะรับรู้และแปลความหมายของการสัมผัสไปในทางลบได้ เพราะบางคนตีความหมายของการสัมผัสเป็นการกระตุ้นทางเพศอย่างหนึ่ง (Day, 1973)

4.11.2.6 การนวด (massage) จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย จากการศึกษาของ อุไร นิโรธนันท์ (2539) พบว่าการนวดช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งได้ นอกจากนี้แล้วจากการศึกษาอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Richards, Gibson, & Overton – McCoy (2002) เรื่องผลของการนวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการนวดช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ การนวดมีหลายประเภท ได้แก่ การนวดตัว การนวดหลัง การนวดมือ และการนวดเท้า

4.11.2.7 การให้ข้อมูล เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยได้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเป็นกำลังใจให้สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม (Mayers, 1964) ซึ่งมีวิธีการให้ข้อมูลหลายลักษณะและหลายวิธีการ โดยต้องคำนึงว่าตรงตามความต้องการของบุคคล เหมาะกับเวลา และสถานที่

4.11.2.8 การนำการฝึกสมาธิ (meditation) มาใช้ในการบรรเทาความวิตกกังวลเป็นทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการฝึกสมาธิเป็นการลดแรงกดดันวิธีหนึ่ง และเป็นการฝึกจิต โดยเป็นการพัฒนาในระดับจิตสำนึก เมื่ออยู่ในภavnะนี้จิตสำนึกจะตื่นตัวในขณะที่ร่างกายและจิตใจได้พักผ่อนระดับลึก ต้องมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอและต้องได้รับการฝึกจากผู้ชำนาญ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำเอาวิธีการให้ข้อมูลและการฝึกสมาธิ มาใช้ในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

5. รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานเพื่อลดความวิตกกังวลและ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

5.1 การฝึกอานาปานสติ

ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ (Mind body theory) พัฒนาคั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1930-1940 โดย Flander Dunbar และ Franz Alexander และมีการปรับปรุงเรื่อยมา โดยทฤษฎีกลุ่มนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่างระบบประสาทที่เชื่อมต่อกับอวัยวะ ระบบประสาทในการทำหน้าที่ของร่างกาย และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroanatomy, neurophysiology, neuroendocrinology) ซึ่งกล่าวว่าการตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกายมีจุดกำเนิดที่ hypothalamus เนื่องจาก hypothalamus เป็นตำแหน่งที่ควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทต่อมไร้ท่อจะลดน้อยลงพร้อมๆ กันทันที ปัจจุบันเรียกแนวคิดนี้ว่า ทฤษฎีองค์รวม (Holistic Theory) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโลกของสิ่งมีชีวิต มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันตั้งแต่ระดับเซลล์ไปจนถึงสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจเรียกทฤษฎีนี้ว่า Natural system theory (Guzzetta, 1989 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตตะโร, 2546) เช่นเดียวกันกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ (Mind body connection theory) ของ Well-Federman (1995) อ้างถึงในอัจฉรา นุตตตะโร (2546) ซึ่งกล่าวถึงจุดเด่นว่า เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่ให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ มากกว่า Bio – medical theory โดยเฉพาะความเป็นองค์รวม ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจจะมีการสื่อสารกันอย่างต่อเนื่องผ่าน 3 ระบบหลัก คือ Autonomic Nervous System, Musculoskeletal System, Psychoneuroendocrine System ซึ่งระบบเหล่านี้ได้ตอบสนองต่อข้อมูลที่ผ่านเข้ามาในร่างกาย

สำหรับในทางพุทธ กล่าวว่าจิตเป็นนายของกายซึ่งสอดคล้องกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่พบว่าการทำงานของร่างกายมีความสัมพันธ์กับจิตใจ ซึ่งพบว่าเมื่อใดที่ร่างกายตั้งเครียดมีผลต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบฮอร์โมน โดยจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเธติก ทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงผิวหนังลดลง ซึ่งตรงกันข้ามกับภาวะผ่อนคลายที่ระบบประสาท พาราซิมพาเธติก ทำงานมากขึ้นอย่างสมดุลจึงทำให้ร่างกายหายใจช้าลง ชีพจรและความดันโลหิตลดลง มือเท้าอุ่นขึ้น เมื่อจิตใจตั้งเครียดติดต่อกันนานๆ มีผลทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นแต่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานลดลง

5.1.1 ความหมาย

สมาธิหมายถึง การรวมกระแสดิจหรือทำให้แน่วแน่ในสิ่งเดียว นึกคิดในสิ่งเดียว และให้จิตหยุดนิ่งอยู่ในจุด (อารมณ์) อันเดียว (บุญมี แห่งแก้ว, 2541)

สมาธิหมายถึง ภาวะที่จิตใจมีอารมณ์เป็นหนึ่ง หรือการที่จิตใจแนบแน่นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน ๆ (เสาร์ ศรียะมาตร, 2539)

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต ภาวะที่จิตสงบนิ่ง ไม่หวั่นไหว แน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งนาน ๆ อันเป็นลักษณะของจิตที่มีอารมณ์เดียวที่เรียกว่า “ จิตตัสเสกัคตา “ หรือเรียกสั้น ๆ ว่า “ เอกัคคตา “ (ภาวะหรือความที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง) (คุณ โทชนันท์, 2537)

สมาธิหมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต ภาวะที่จิตสงบนิ่งแน่วแน่อยู่กับสิ่งที่กำหนด (พระธรรมปิฎก, 2540ข) และมีสภาพพร้อมในการได้รับการเสริมสร้างนิสัยที่ดี

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิตการฝึกสมาธิจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพจิตตนให้ตนมีจิตที่มีสมรรถภาพสูง ที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดีงาม โดยสาระสำคัญนี้การฝึกสมาธิจึงสามารถกระทำได้ทุกชาติ ทุกศาสนา ไม่จำเป็นต้องขึ้นอยู่กับศาสนาใดโดยเฉพาะ (พิศ เกาเกาะ, 2530) การฝึกสมาธิก็คือการใช้อารมณ์ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาเป็นเครื่องฝึกหัดให้จิตกำหนด เพื่อให้จิตอยู่ในความควบคุมสามารถจับอยู่กับอารมณ์อันนั้นอันเดียวได้ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่เลื่อนลอยไปหาอารมณ์อื่น วัตถุ สิ่ง หรืออารมณ์ที่จะเอามาให้จิตกำหนดนี้เป็นอะไรก็ได้แต่ให้เป็นกลาง ๆ คือไม่ล่อให้จิตคิดปรุงแต่ง ซึ่งโดยมากจะใช้สิ่งที่ดีงามหรือสิ่งที่เป็นกลางๆ (สุจิตรา อ่อนค้อม, 2542)

ดังนั้น สมาธิจึงหมายถึง สภาพของจิตใจที่อยู่ในภาวะสงบนิ่ง ตั้งมั่นในสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพียงสิ่งเดียว ไม่เลื่อนลอยแม้จะมีสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวที่สามารถทำให้อารมณ์แปรเปลี่ยนไปได้ก็ตาม

5.1.2 ประโยชน์ของสมาธิ (คุณ โทชนันท์, 2537)

5.1.2.1 ประโยชน์ด้านบุคลิกภาพ บุคคลที่ได้ฝึกจิตให้เป็นสมาธิประจำ ย่อมเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพที่พัฒนาไปในทางที่พึงปรารถนาหลายประการ เช่น

- 1) มีบุคลิกเข้มแข็ง หนักแน่น มั่นคง
- 2) มีใจคอเยือกเย็น สุขุม ไม่ฉุนเฉียวเกรี้ยวกราด
- 3) มีความสุภาพอ่อนโยน นุ่มนวล มีเมตตากรุณา
- 4) นำเกรงขาม สง่างาม องอาจ
- 5) สดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส
- 6) มีความมั่นใจในตนเอง มั่นคงทางอารมณ์
- 7) กระจ่างใส กระจ่าง กระจับกระจ่าง ไม่หงอยเหงา เศร้าซึม
- 8) มีใจพร้อมจะเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ และแก้ไขสถานการณ์คับขันได้
- 9) มีความรอบรู้ มองอะไรอย่างทะลุปรุโปร่ง

5.1.2.2 ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ที่จิตได้รับการฝึกสมาธิเป็นอย่างดี ก็จะได้รับประโยชน์นานัปการต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เช่น

- 1) ร่างกายและจิตใจได้รับการพักผ่อนเป็นอย่างดี
- 2) ร่างกายและจิตใจหายเครียด มีแต่ความสุขผ่องใส
- 3) มีลมหายใจยาว เบา สม่่าเสมออยู่เป็นนิจ
- 4) หายกระวนกระวายหายวิตกกังวล ไม่หวาดกลัวใด ๆ เกินกว่าเหตุ
- 5) นอนหลับง่าย หลับสนิท ไม่ฝันร้าย และสามารถกำหนดเวลาให้หลับให้ตื่นได้
- 6) กระจับกระจ่าง ว่องไว รู้จักตัดสินใจวินิจฉัยปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์

สามารถวางตัววางใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งยั่วยุอารมณ์ใด ๆ

- 7) มีความเพียรพยายามอย่างแน่วแน่ในจุดหมายและใฝ่สัมฤทธิ์สูง
- 8) มีสติสัมปชัญญะสูงรู้เท่าทันปรากฏการณ์ต่าง ๆ
- 9) มีภาวะที่เหมาะสมแก่การทำงานทุกชนิดและมีความอิมใจในการทำงาน

ตลอดเวลา

- 10) มีประสิทธิภาพในการทำงาน ในการศึกษาเล่าเรียน หรือทำกิจการทุกอย่าง
- 11) มีสติและความทรงจำดีไม่หลงลืมง่าย มีสมรรถนะทางสมองฉลาดและคิด

สร้างสรรค์

- 12) มีสุขภาพทางกายดี ไม่แก่ง่าย ชะลอชราได้

13) ปลอดภัยจากโรคบางอย่างได้ เช่น โรคท้องผูกเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิต โรคหืด และโรคทางกาย จิตอื่น ๆ เพราะโรคกายหลายอย่างเป็นเรื่องของกายจิตสัมพันธ์ เกิดจากความแปรปรวนทางจิตใจ เช่น ความมักโกรธบ้าง ความกังวลใจบ้าง ความกลัวบ้าง อันเป็นสาเหตุให้เกิดโรคปวดศีรษะบางอย่าง หรือโรคแผลในกระเพาะอาหาร ทั้งนี้ก็เพราะกายกับจิตมีส่วนสัมพันธ์ต่อกันและกันดัง ที่พูดกันว่า “Sound mind in sound body “

5.1.2.3 ประโยชน์ในด้านสามารถระงับกิเลสได้เป็นครั้งคราว ผู้ที่ฝึกจิตจนได้สมาธิระดับฌานแล้ว จะเป็นผู้สามารถใช้พลังจิตและกำลังของฌานกด ช่ม หรือทับกิเลสต่าง ๆ ไว้ได้ ทำให้พ้นจากกิเลส ระงับสงบจากกิเลสได้ชั่วคราวคือ ในเวลาที่อยู่ในสมาธินั้นเหมือนเอาก้อนหินใหญ่ไปทับหญ้าแพรกไว้ฉะนั้น ลักษณะเช่นนี้ เป็นการพ้นจากกิเลสด้วยการช่มไว้ เรียกว่า วิกขัมภนะวิมุตติ และการพ้นจากกิเลสด้วยพลังจิตเรียกว่า เจโตวิมุตติ

5.1.2.4 ประโยชน์ในด้านสามารถพิเศษเหนือสามัญวิสัย (อภิญญา) ผู้ฝึกฝนจิตจนได้สมาธิระดับฌานสมาบัติแล้วจะเป็นผู้มีความสามารถพิเศษเหนือวิสัยสามัญชน เป็นความรู้ความสามารถขั้นสูง จำพวกที่ปัจจุบันเรียกว่า ESP (Extrasensory Perception) อันได้แก่ การแสดงฤทธิ์เดชต่าง ๆ ได้ ตาทิพย์ หูทิพย์ ทายใจคนอื่น และระลึกชาติได้

5.1.2.5 ประโยชน์ที่เป็นความมุ่งหมายที่แท้จริง ได้แก่ ความหลุดพ้นจากกิเลส และทุกข์ทั้งมวล

การทำจิตใจให้สงบเพื่อให้เกิดสมาธินั้นการทำสมาธิกรรมฐานวิปัสสนาเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้จิตสงบได้ซึ่งมีหลายแบบหลายระบบ สุดแต่ใครจะเลือกทางเดินไหน ระบบที่สำคัญ ได้แก่ (ส. อัครประสาท, 2538)

1. ระบบอานาปานสติ การกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นระบบเก่าและดั้งเดิม คำที่ใช้บิภกรรมคือ เวลาหายใจเข้าให้บิภกรรมว่า “พุท” เวลาหายใจออกให้บิภกรรมว่า “โธ” เป็นอารมณ์
2. ระบบธรรมกาย หลวงพ่อสด วัดปากน้ำ ภาษีเจริญ เป็นผู้ค้นพบ คำที่ใช้บิภกรรม “สัมมาอรหัง” ทราบว่าท่านถอดกายทิพย์ได้
3. ระบบยุบหนอพองหนอ หลวงพ่อพระเทพสิทธิมนี โชคก ป.ธ. 9 วัดมหาธาตุฯ กรุงเทพมหานคร เป็นผู้ค้นพบและนำออกเผยแพร่ หลักใหญ่ ๆ ใช้มหาสติปัฏฐานสี่ เป็นแม่บท
4. ระบบจิตว่าง หลวงพ่อพุทธทาส เป็นผู้เผยแพร่
5. ระบบตาทิพย์ หลวงพ่อสมเด็จพะพุฒาจารย์ (โต) พรหมรังษี แห่งสำนักปู่สวรรค์ เป็นองค์เผยแพร่

ในการวิจัยครั้งนี้นำวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เป็นการตั้งสติกำหนดลมหายใจเข้าออก สะดวกแก่การปฏิบัติด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น

1. ทำได้สะดวกไม่ต้องยุ่งยากในการจัดหาอุปกรณ์เพราะลมหายใจของทุกคนมีอยู่ในตัวอยู่แล้ว
2. ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่าย และเห็นผลทันตา ไม่ต้องรอจนเกิดสมาธิที่เป็นขั้นตอนชัดเจน กล่าวคือ เมื่อกายใจ ผ่อนคลายได้พัก จิตสงบ มีความสุขสบายลึกซึ้งลงไปเรื่อย ทั้งยังสามารถปฏิบัติต่อเนื่องให้สำเร็จผลถึงขั้นสูงสุด คือรูปฌาน กระทั่งนิโรธสมาบัติได้
3. เกื้อกูลแก่สุขภาพได้อย่างดี คือช่วยให้ร่างกายพักผ่อนได้ ตาก็ไม่เหนื่อย กายก็ไม่เหนื่อย เช่น ในกรณีวิธีฝึกปฏิบัติแบบอื่น ๆ
4. นอกจากจะเป็นการฝึกปฏิบัติเพื่อมุ่งผลทางสมาธิแล้ว ยังจะใช้เป็นฐานปฏิบัติการของปัญหาตามแนวสติปัฏฐาน 4 เป็นสัมมาสติ
5. เป็นวิธีฝึกเจริญสมาธิที่พระพุทธรูปองค์สรรเสริญมาก เพราะพระองค์เองก็นิยมใช้มาก่อนและหลังตรัสรู้ และทรงส่งเสริมสนับสนุนให้พุทธบริษัทปฏิบัติมากกว่าวิธีอื่น

ก่อนฝึกการผ่อนคลายเป็นสิ่งที่ควรระลึกถึงเสมอ คือ หาสถานที่เงียบสงบ หรือถ้าไม่มีก็เลือกเวลาที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน นั่งหรือนอนหงาย หลับตาในท่าสบาย ไม่มีใครมารบกวน ใส่เสื้อผ้าที่สบายหลวม ๆ และควรฝึกอย่างสม่ำเสมอทุกวัน (อัญชลี จุมพฎามีกร, 2537)

อานาปานสติสมาธิ เป็นสมาธิที่จัดอยู่ในหมวดอนุสติ 10 หมายถึง การระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าและออก (อาน+ปาน หรือ อปาน+สติ) อานะ = หายใจเข้า (Breathing in) ปาน หรือ อปาน = หายใจออก (Breathing out) สติ = ความระลึกได้ (Mindfulness) รวมแล้วคือการระลึกอยู่ในลมหายใจเข้าออก (Mindfulness of breathing in and out) อันเป็นการเจริญสติหรือ คຸ້ມຄອງຮັກສາຈິຕ (ເຈກ ຣະສິຣິ, 2533)

ไชย ณ พล (อ้างถึงในรัตนาวรรณศิริ, 2539) กล่าวว่า “อานาปานสติสมาธิ” หมายถึง การใช้ลมหายใจเป็นอารมณ์ในการทำสมาธิ ได้แก่ การระลึกรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่บริเวณจมูก ตรงจุดของลมกระทบเพียงแห่งเดียวเท่านั้น

5.1.3 ขั้นตอนการปฏิบัติสมาธิแบบอานาปานสติ มีดังนี้

ขั้นเตรียมการปฏิบัติ

1) เลือกสถานที่ ควรเลือกสถานที่ที่เงียบสงบไม่มีเสียงดังรบกวน มีอากาศถ่ายเทได้ดี ไม่อับลม ถ้ามีห้องสำหรับฝึกสมาธิโดยเฉพาะได้ยิ่งดี ยิ่งผู้ฝึกหัดสมาธิใหม่ ๆ สถานที่เหมาะสมยิ่งมีความจำเป็นมาก

2) กำหนดเวลา ควรเลือกเวลาที่เหมาะสม ไม่ใช่หลังรับประทานอาหาร หรืออิ่มใหม่ ๆ เหน็ดเหนื่อย หรือ่วงงนอน และไม่ควรรใช้เวลามากเกินไป

3) บูชาพระรัตนตรัย เพื่อชำระจิตใจให้บริสุทธิ์

ขั้นการฝึกอานาปานสติ

1) ก่อนเริ่มปฏิบัติให้หายใจยาว ๆ ลึก ๆ สัก สองสามครั้ง

2) หายใจเข้าออก พร้อมกับนับไปด้วยโดยที่อย่านับต่ำกว่า 5 และไม่เกิน 10 ให้นับลมหายใจเข้าออกเป็นคู่ คือ หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 หายใจเข้านับ 2 หายใจออกนับ 2 ไปเรื่อย ๆ จนถึงหายใจเข้า 9 หายใจออกแล้วนับย้อนกับนับ 8, 8 7, 7 ไปเรื่อย ๆ เพื่อให้จิตใจมีหลักที่มั่นคงชัดเจนมากขึ้น

3) มีสติระลึกรู้ลมหายใจ หายใจเข้าก็รู้ว่าหายใจเข้า หายใจออกก็รู้ว่าหายใจออก หายใจเข้ายาวก็รู้ว่าหายใจเข้ายาว หายใจเข้าสั้นก็รู้ว่าหายใจเข้าสั้น หายใจออกยาวก็รู้ว่าหายใจออกยาว หายใจออกสั้นก็รู้ว่าหายใจออกสั้น

4) หากเผลอสติไปคิดเรื่องอื่น ก็ให้รู้แต่ไม่ต้องไปสนใจ หรือให้ความสำคัญกับความคิดนั้น สนใจอยู่เฉพาะลมหายใจเข้าออก และการนับเลขเท่านั้น ความคิดอันนั้นก็หายไปเอง

5) เมื่อจะออกจากสมาธิให้ทำความรู้สึกตัว บอกตัวเองว่ากำลังจะออกจากสมาธิค่อย ๆ ลืมตาขึ้นช้า ๆ

หลักการปฏิบัติอานาปานสติสมาธิเพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ ประกอบด้วย

1. สถานที่ ควรหาสถานที่ที่สงบสงัด ไม่มีเสียงรบกวน
 2. นั่งในท่าที่สบาย ให้กล้ามเนื้อทุกส่วนได้พัก และช่วยให้หายใจคล่อง ท่าที่เหมาะสม คือ ท่านั่งขัดสมาธิ
 3. ละทิ้งความกังวลใด ๆ ชั่วขณะ
 4. สูดลมหายใจเข้าลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ
 5. ต้องมีความเชื่อว่า บุญบาปมีจริง เราทำกรรมอย่างไรก็ได้รับผลอย่างนั้น
 - 5.1 ทำกรรมชั่ว ย่อมได้รับผลชั่ว
 - 5.2 ทำกรรมดี ย่อมได้รับผลดี
 - 5.3 การที่ได้รับความทุกข์ทรมานทางกายและใจ เป็นเพราะเราได้ทำความไม่ดี (ความชั่ว) มาแล้วในอดีตนั่นเอง
 6. ต้องมีความอดทนต่ออุปสรรคต่าง ๆ ได้แก่
 - 6.1 อดทนต่อความทุกข์ยากต่าง ๆ เช่น อากาศร้อน มีเสียงรบกวน ฯลฯ
 - 6.2 อดทนต่อความทุกข์เวทนาที่กำลังได้รับอยู่ เช่น ปวดศีรษะหรือมีอาการไม่สบายต่าง ๆ เป็นต้น
 - 6.3 อดทนต่อความเฝ้าหวงด้วยกิเลสตัณหา เช่น อยากนอน อยากดูโทรทัศน์ อยากสูบบุหรี่ มีจิตใจฟุ้งซ่าน และมีจิตใจเศร้าหมอง
 7. ต้องสร้างอิทธิบาท 4 ให้เกิดขึ้น คือ
 - 7.1 มีความพอใจที่จะฝึกจิตของเราให้สงบ
 - 7.2 มีความพากเพียรที่จะประพฤติปฏิบัติให้ถูกต้องสม่ำเสมอ
 - 7.3 มีจิตใจจดจ่อ อยู่ในการระลึกอุ้งลมหายใจเข้า-ออก แต่เพียงสิ่งเดียว
- ก่อนที่จะประพฤติปฏิบัติจะต้องใช้ปัญญา พิจารณากลั่นกรอง ด้วยเหตุด้วยผล

5.1.1.4 ผลของสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

กว่าห้าพันปีที่ผ่านมาการปฏิบัติสมาธิถูกเชื่อมโยงไปกับเรื่องของจิตและอารมณ์ จนเมื่อ 20 ปีให้หลังนี้เองที่เริ่มมีผลการทดลองทางวิทยาศาสตร์ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าสมาธิเกี่ยวข้องกับ การปรับและเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ละเอียดซับซ้อนในเชิงสรีรวิทยา ในระดับการทำงานของ เซลล์ และสารเคมีในร่างกาย (สมพร เตรียมชัยศรี, 2542)

จากการศึกษาพบว่าผลของการฝึกสมาธิต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ดังนี้ คือ ขณะฝึกสมาธิร่างกายมีการใช้ออกซิเจนลดต่ำกว่าขณะที่หลับในเวลากลางคืน ถึงร้อยละ 20 มีการเผาผลาญของร่างกายลดลงมากกว่าเมื่ออยู่ในระยะพัก มีการทำงานของหัวใจลดลง ร้อยละ 25 จากภาวะปกติและคลื่นสมองมีการตื่นตัวในระยะพัก (Politater & Garfile อ้างถึงใน สมทรง พงษ์สุวรรณ, 2528) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wallace & Benson (1972) ที่พบว่าผู้ฝึกสมาธิ

มีการเผาผลาญของร่างกายลดลง หัวใจเต้นช้าลงและมีความดันโลหิตลดลง ตลอดจนมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนแปลง มีผลทำให้ Nor-epinephrine ลดลง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับระดับ lactase ในเลือด เพราะ epinephrine เป็นตัวกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและกระดูกผลิต lactase ในร่างกาย การที่ Nor-epinephrine ลดลงจึงทำให้ระดับ lactase ในเลือดลดลง จากการที่ระดับ lactase ในเลือดลดลง เป็นผลให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงด้วย (Wallace & Benson, 1972) ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาศึกษา Priest (อ้างถึงในสมทรง เฟงสุวรรณ, 2528) ที่ได้ทดลองและฉีด lactase เข้าไปในผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะโรคประสาทชนิดวิตกกังวล (Anxiety neurosis) จะพบว่าผู้ป่วยมีระดับ lactase ในเลือดสูง แต่ในทางตรงข้ามถ้าผู้ป่วยกำลังอยู่ในสมาธิจะมีระดับ lactase ในเลือดและความดันโลหิตต่ำลง (Wallace & Benson, 1972)

สำหรับผู้ที่ฝึกสมาธิ ขณะที่จิตมีความตั้งมั่นเป็นสมาธิ จะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง โดยคลื่นสมองมีลักษณะเป็นคลื่นอัลฟามาก (Wallace & Benson 1972 : 89) การที่คลื่นสมองมีคลื่นแอลฟามาก แสดงว่าร่างกายมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสนับสนุนจากการทดลองของ Clark (อ้างถึงใน สมทรง เฟงสุวรรณ, 2528) ที่พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวล มีอารมณ์ตึงเครียดมีคลื่นสมองแบบเร็วไม่ราบเรียบเนื่องจากมีการเกิดคลื่นอัลฟา นอกจากนี้คาซามัตสึ และฮิโร (อ้างถึงในนัยพินิจ คชภักดี, 2532) พบว่าขณะทำสมาธิ คลื่นสมองเปลี่ยนแปลงเป็นคลื่นอัลฟามากกว่าปกติ ซึ่งมีความถี่ 6-13 ไซเคิล คลื่นดังกล่าวเป็นภาวะที่มีลักษณะพิเศษจากภาวะของการตื่นตัวแบบเครียดไปสู่ภาวะของการตื่นตัว รับรู้แบบพร้อมแต่ไม่ตื่นเต้น (Restful alertness) ทำให้ร่างกายมีการพักผ่อน สามารถคลายความเครียดและความวิตกกังวล (นัยพินิจ คชภักดี 2532; Wallace and Benson & Wilson, 1972)

นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าขณะที่จิตสงบเป็นสมาธินั้น ร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมามากขึ้น (Luck & Throal อ้างถึงในสุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2531) สารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของ Neuropeptide มีคุณสมบัติคล้าย morphine ซึ่งมีอยู่ภายในร่างกาย (Endogenous morphine) (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ และเพ็ญพิมล ภัมมรักจิต, 2530; ราตรี สุดทรวง, 2532) สารดังกล่าวมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และฮอร์โมน ในปี ค.ศ.1975 ได้มีผู้แยกสารที่มีฤทธิ์คล้าย morphine จากเนื้อเยื่อของสมอง พบว่าเป็นสารพวก peptide ชนิดที่มีโมเลกุลเล็ก เรียกว่า Enkephalin ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เมไทโอนิน หรือ Methionine enkephalin ซึ่งแตกต่างกันที่กรดอะมิโนตำแหน่งที่ 5 ส่วนชนิดที่มีโมเลกุลค่อนข้างใหญ่ เรียก endorphin ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ อัลฟา เบตา และแกมมา ซึ่งมีฤทธิ์แรงที่สุด คือ เบตา-เอนดอร์ฟิน ทั้งเอนเคฟาลินและเอนดอร์ฟินต่างก็มีฤทธิ์ต่อตัวรับสัมผัสของสารอื่น (opiate receptor) ในร่างกายเหมือนกัน (ราตรี สุดทรวง, 2532)

endorphin สามารถพบได้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น Pituitary gland Hypothalamus (Gurton, 1981) ระบบทางเดินอาหารและลำไส้ ในน้ำเหลือง (Serum) และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งที่ระบบประสาทส่วนกลางนี้ endorphin ทำหน้าที่ยับยั้งการรับสัญญาณความเจ็บปวดซึ่งส่งมาจากไขสันหลัง ทำให้ความเจ็บปวดลดลง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดนี้ Strand (1983) กล่าวว่า เมื่อได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงต่าง ๆ กันนั้น ผู้บาดเจ็บยังไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวดในระยะแรกเพราะมีการหลั่งของ endorphin ออกมา ต่อเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง อาการปวดจึงจะกำเริบขึ้น ดังนั้น endorphin จึงมีผลต่อความรู้สึกเจ็บปวด อารมณ์ การหายใจ และการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารี (Wilson & Elmassian, 1981) นอกจากนี้ endorphin ยังมีบทบาทในการควบคุมหรือกระตุ้นการทำงานของระบบ limbic ในบริเวณ Hippocampus ของสมอง ดังนั้น endorphin จึงมีอิทธิพลต่อความทรงจำ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย กลไกการชัก (Partial complex seizure) กลไกเกี่ยวกับความตั้งใจ (Attentional mechanism) พฤติกรรมขาดการเคลื่อนไหว (Behavior immobility) ดังที่พบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือโรคจิตประเภทอื่น ๆ โดยมีข้อที่น่าสังเกตว่า ในผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความผิดปกติของกระบวนการสังเคราะห์สาร endorphin (Strand, 1983) ในทำนองเดียวกันจากการศึกษา พบว่า ภาวะเครียดทำให้มีระดับของ endorphin ในต่อม pituitary ส่วนหน้าลดลง (Havlicek cited in Shah & Donald ed., 1982)

จากที่กล่าวมาพบว่าขณะจิตอยู่ในสมาธิจะมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ร่างกายมีการหลั่ง Endorphin และสารอื่น ๆ มากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นสมอง ฯลฯ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลทำให้กล้ามเนื้อ มีการผ่อนคลาย การเผาผลาญของพลังงานในร่างกายลดลง ร่างกายอยู่ในสภาวะพักผ่อน จิตใจสบาย และเป็นสุข คลายความวิตกกังวล และความซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่าสภาพจิตใจ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ต่างมีอิทธิพลต่อการทำงานซึ่งกันและกัน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) และถ้าผู้ติดเชื่อมีสภาพจิตใจที่ผิดปกติ จะทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีไม่ใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตามมา (Kelly, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Selye (1974) Sheridan and Radmacher (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้สภาพร่างกายเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการเจ็บป่วยที่มากขึ้น

บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นเชื้อโรคร้ายแรงคุกคามชีวิตและทำอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตลอดเวลา (สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ, 2544) ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง ชับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาโดยมีแนวโน้มให้เกิดภาวะสุขภาพที่แย่งลง และปัจจุบันยังไม่มีวิธีใดรักษาให้หายขาดได้ สำหรับยาต้านไวรัสที่ใช้มีการออกฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่ยังไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสนี้ได้ และใน

ขณะเดียวกันยาต้านไวรัสที่ใช้ยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ติดเชื้อด้วย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดความกดดันภายในจิตใจอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อได้ โดยการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะแรก ๆ ที่ยังไม่มีอาการซึ่งในระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจสูงกว่าด้านอื่น ๆ ควรนำความรู้จากศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลที่มีรูปแบบผสมผสาน

สำหรับการนำแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1991) มาใช้เนื่องจากผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องดูแลตนเองที่มากขึ้นจากสภาวะของโรค ซึ่งถ้าไม่ได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่เนิ่นๆ อาจจะทำให้มีการดำเนินของโรคที่เร็วขึ้นและผู้ติดเชื้ออาจเกิดปัญหาไม่สามารถดูแลตนเองได้จากเพราะความไม่รู้ ไม่มีข้อมูล ขาดความสนใจ และอาจจากความผิดพลาดด้านจิตใจที่ไม่ได้รับการแก้ไข จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าระดับความวิตกกังวลที่สูงมีผลทำให้การรับรู้ข้อมูลได้น้อยลง และสนใจในการดูแลสุขภาพน้อยลงด้วย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะเกิดผลดี ซึ่งแนวคิดของโอเร็มมีเป้าหมายคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และได้กล่าวไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำได้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพของตนเอง และ ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองนั้น บุคคลต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือมีความสามารถในการเรียนรู้ การคิด ตัดสินใจ และ ลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ โดยผู้วิจัยได้ใช้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับเรื่องโรค การดูแลรักษา และกิจกรรมในการดูแลตนเองมาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเกิดการระบวนการเรียนรู้ การพิจารณา ตัดสินใจและนำไปพัฒนาความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องโรค และการดูแลตนเองที่จำเป็นต้องทำและตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมในการดูแลตนเองโดยตอบสนองให้ตรงกับปัญหาหรือสถานการณ์

5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

การให้ข้อมูลเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีความสำคัญ (ชอลดา พันธุ์เสนา, 2536) และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ตรงกับความต้องการของผู้รับ จะทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการรับรู้และพิจารณาแนวทางที่เหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง

การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988) การให้ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้

ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพเดิมไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และคงอยู่ถาวร (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542; Duffy, 1997)

การให้ข้อมูลที่มีความชัดเจนเข้าใจง่าย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้น การที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้ อันจะส่งเสริมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะปฏิบัติอย่างไร เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้ใหม่เข้ามา และนำมารวมกับความรู้เดิมจะก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนทัศนคติ ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

การให้ข้อมูล เป็นการให้หลักการให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับความจริง ปราศจากความคลุมเครือและมีความจำเพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีผลช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และพยาบาลเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ดีที่สุด (นาฏยา เอื้องไพโรจน์, 2535)

5.2.1 ความหมายของการให้ข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักอนุমানหาความจริง หรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลทำให้บุคคลรอบคอบหรือหรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้อง (Close, 1988)

พิกุล ตันติธรรม (2533) ได้ให้ความหมาย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูล คำแนะนำตามที่ได้วางแผนไว้ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ได้ซักถามปัญหา และข้อสงสัยต่าง ๆ

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) ได้ให้ความหมาย การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน หมายถึง การให้ข้อมูลรายละเอียด ข้อเท็จจริง คำแนะนำต่าง ๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ล่วงหน้า ตลอดจนการเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่าง ๆ

สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองต้องประสบล่วงหน้า จะช่วยเพิ่มความรู้สึกสามารถควบคุมตนเอง และช่วยลดความรู้สึกทรมานจากผลที่เกิดจากเหตุการณ์นั้นเป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถรับรู้ และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความจริง สามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ (Lazarus and Folkman, 1984) ซึ่ง สมศิริ สายภัทรานุสรณ์ (2545) ได้กล่าวไว้ว่า การให้ข้อมูลเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ปฏิบัติอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้นจึงสามารถเป็นแหล่งความรู้ให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างดี ให้ได้ตลอดเวลา ซึ่งชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ (2541) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับข้อมูลนั้น จะต้องมีการวางแผนการสอน ซึ่งจะช่วยให้ผู้สอนสามารถจัดการกรณีให้ข้อมูลให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่วางไว้

5.2.2 ประเภทของข้อมูล สามารถจำแนกได้ตามลักษณะดังต่อไปนี้

5.2.2.1 จำแนกตามเนื้อหาของข้อมูล (Johnson, 1972) เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ (Procedure information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น อธิบายเป็นลำดับขั้นตอน ช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (Cognitive control) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่ผู้ป่วยอาจจะต้องประสบ (Sensory information) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยอธิบายถึงความรู้สึกที่ผู้ป่วยคนอื่นเคยประสบมาแล้ว จากสถานการณ์เดียวกัน ซึ่งความรู้สึกนี้จะรับรู้โดยประสาทสัมผัสทั้งห้า ช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนอง (Response control) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเผชิญต่อภาวะคุกคาม (Coping information) เป็นข้อมูลที่บอกถึง theory วิธีการต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติ อันจะเป็นผลดีต่อตนเองในสถานะที่ต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (Behavioral control)

5.2.2.2 จำแนกตามลักษณะของข้อมูล (Auerbach, 1983) เช่น ข้อมูลทั่วไป (General information) เป็นข้อมูลทั่ว ๆ ไปในลักษณะกว้าง ๆ เนื้อหาข้อมูลคล้ายกับข้อมูลคล้ายกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยจะได้รับ ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Specific information) เป็นการให้ข้อมูลในรายละเอียดเฉพาะแต่ละสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญต่อภาวะที่คุกคาม

5.2.2.3 จำแนกตามรายละเอียดของข้อมูล (วิภาภัทร ชังขาว, 2544) เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษา ข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนการตรวจรักษาที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจรักษา ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น

สำหรับข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลตนเองคือ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือเหตุผลของการรักษาและการดูแลตนเอง

5.2.3 ลักษณะของข้อมูล มีลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้ (Amstrong, 1977; Padilla et al., 1981 อ้างถึงใน จวีรัตน์ นวมะชิตติ, 2547)

5.2.3.1 ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำเป็นขั้นตอนหรือข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (Procedural information) เป็นการอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือต้องประสบช่วยให้สามารถควบคุมความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ (cognitive control) ส่งผลให้ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม นิยมใช้ในการให้ข้อมูลในการทำหัตถการต่าง ๆ

5.2.3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าผู้ป่วยควรปฏิบัติตนอย่างไรในขณะเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคาม (Behavioral instruction) เพื่อเพิ่มความสุขสบายและลดภาวะเครียดได้

ซึ่งช่วยทำให้สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ (behavioral control) อย่างเหมาะสม เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้ติดเชื่อเฮิร์สไอวี

5.2.3.3 ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีทางเลือกในการตัดสินใจ หรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (Coping skills instruction) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น ช่วยให้สามารถควบคุมการตัดสินใจได้ (decisional control) ช่วยให้สามารถควบคุมสภาพจิตใจได้

5.2.3.4 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกจากประสาทสัมผัส (Sensory information) คือ การรู้รส สัมผัส กลิ่น เสียง และมองเห็นภาพเกี่ยวกับขั้นตอนของการกระทำ จะช่วยให้สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองได้ (Response control) ซึ่ง Mchugh, Christman & Johnson (1982) เสนอหลักการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกไว้ว่า บอกความรู้สึกที่อาจจะประสบขณะได้รับการตรวจรักษาแต่ไม่ควรบอกว่าจะได้พบสิ่งที่น่ากลัว หรือบอกถึงความรู้สึกเฉพาะในส่วนประสบการณ์ที่จะได้รับเท่านั้น และบอกสาเหตุที่ทำให้ต้องประสบกับความรู้สึกนั้น ๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

ในการที่จะให้ข้อมูลเพื่อจะให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ให้จะต้องเลือกวิธีการที่เหมาะสม กับบุคคล เวลา สถานที่ และสถานการณ์ การให้คำแนะนำหรือการให้ข้อมูล ต้องใช้หลักจิตวิทยาเป็นองค์ประกอบ เนื่องจากผู้รับอยู่ในภาวะที่แตกต่างกัน ทั้งภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ความพร้อม ทศนคติหรือความเชื่อ และการยอมรับสิ่งต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญ คือ ความต้องการของผู้รับข้อมูลมีความแตกต่างกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมว่าควรปฏิบัติอย่างไร

5.2.4 วิธีการและแนวทางเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

ในการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องเลือกวิธีการให้เหมาะสมกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีการสอน 2 วิธี ดังนี้

5.2.4.1 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้รับข้อมูล เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ อย่างเหมาะสม เป็นการให้ข้อมูลโดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถสติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพาร่างกาย อารมณ์ เพิ่มโอกาสการซักถามข้อสงสัย

5.2.4.2 การสอนเป็นกลุ่ม เป็นการให้ข้อมูลที่มีผู้รับข้อมูลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม โดยกลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตัวได้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำการให้ข้อมูลรายกลุ่มมาใช้ในการพบกลุ่มซึ่งพบว่ามีการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในกลุ่มได้ซึ่งผู้นำกลุ่มต้องสามารถนำกลุ่มได้และมีความรู้ โดยคำนึงถึงสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988) ภาษาที่เข้าใจง่าย คำสั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เพราะอาจทำให้ผู้รับข้อมูลแปลความหมายผิด เกิดความวิตกกังวลได้ และควรให้ข้อมูลเท่าที่จำเป็น มีขั้นตอนการให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถามสงสัย และระบายความรู้สึก (Stanik, 1990) จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว หลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนขณะให้ข้อมูล (McGregor, Fuller and Lee, 1981)

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลสามารถช่วยให้ผู้ติดเชื้อเกิดการเรียนรู้ มีการนำข้อมูลที่ได้ไปเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ เนื่องจากการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์มีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและเกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง (Close, 1988) การเรียนรู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน (Duffy, 1997)

5.3 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ

สำหรับกรวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดสองแนวคิดมาใช้ร่วมกัน ในการพัฒนากิจกรรมโดยใช้แนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ เพราะมีการศึกษาพบว่าเมื่อจิตมีความสงบจะมีผลให้เกิดความสมดุลของการทำงานของร่างกายเนื่องจากจิตมีการรับรู้สิ่งที่มีผลกระทบต่ออย่างมีเหตุมีผล โดยผู้วิจัยเลือกวิธีการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติมาใช้ในการลดความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อ เพราะ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก สามารถปฏิบัติได้ตลอดเวลา ทุกสถานที่ ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ ใช้เพียงลมหายใจของเราที่มีอยู่ โดยตั้งสติอยู่เพียงจุดที่ลมมากระทบเพียงจุดเดียวขณะหายใจเข้าหายใจออก และเมื่อฝึกไประยะหนึ่งลมหายใจจะค่อยๆ ละเอียด ใจเริ่มสงบ จึงส่งผลทำให้ร่างกายอยู่ในสภาวะที่ผ่อนคลาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ การตอบสนองต่อการผ่อนคลายของร่างกายมีจุดกำเนิดที่ hypothalamus เนื่องจาก hypothalamus เป็นตำแหน่งที่ควบคุมภาวะสมดุลของร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการผ่อนคลาย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทต่อมไร้ท่อ จะน้อยลงพร้อมๆ กันทันที มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้านร่างกาย โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติกอย่างสมดุล มีการหลั่ง nor epinephrine มีผลต่อระบบกล้ามเนื้อเรียบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ลดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Well-

Federman et. al., 1995) และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ โดยทำให้มีความสามารถในการบูรณาการความคิดจากการทำงานของระบบประสาท limbic และผลจากกระบวนการผ่อนคลายทำให้เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Benson, 2001) ซึ่งเป็นผลดีสำหรับผู้ติดเชื้อมายาว

ดังนั้นในการปฏิบัติกายภาพ จากวรรณกรรมที่กล่าวข้างต้นน่าจะมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการปฏิบัติอานาปานสติเพื่อให้จิตใจนิ่งและมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การรักษา วิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกัน ตลอดจนปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาก จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ โดยการประเมินทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการฝึกปฏิบัติอานาปานสติ โดยผู้วิจัยเป็นคนฝึกให้ในวันที่ 1-4 ของสัปดาห์ที่ 1 วันละประมาณ 5 ชั่วโมง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติเองที่บ้านและผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามถึงผลหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการฝึกอานาปานสติ และให้คำแนะนำและร่วมแก้ปัญหาเป็นรายๆ ไป จำนวน 2 ครั้ง

1. สนทนาและสร้างความคุ้นเคยให้ข้อมูลโดยการอธิบายเนื้อหาที่จะฝึก บอกวัตถุประสงค์ และเริ่มจากผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับ

1.1 ความสำคัญของสมาธิ ผลจากการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีความคิดคล้อยตามและให้ความสำคัญในการนำสมาธิมาใช้ในการพัฒนาจิตใจ และเข้าใจถึงผลที่ได้จากการฝึกสมาธิอย่างต่อเนื่องที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

1.2 ขั้นตอนการปฏิบัติอานาปานสติ ตั้งแต่การเลือกสถานที่ เวลาที่เหมาะสม อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น และการแก้ไข เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดความเบื่อหน่าย

2. ขั้นฝึก ใช้การสาธิตทีละขั้นตอน โดยใช้ประโยคสั้น ๆ ซ้ำ ๆ จนครบทุกขั้นตอน ผู้วิจัยให้ปฏิบัติตามทีละขั้นตอนจนครบ

2.1 ฝึกทักษะการหายใจเข้า หายใจออก การเป็นยามประตูคอยจับลมที่มากกระทบที่โพรงจมูก ฝึกไม่ให้คิดตาม ฝึกให้จิตเพ่งเพียงจุดเดียว

2.2 สาธิตการปฏิบัติอานาปานสติแต่ละขั้นจนครบและให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตาม

3. ขั้นสรุป ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างช่วยกันสรุปวิธีการฝึก และให้กลุ่มตัวอย่างทำเอง ตั้งแต่ขั้นแรกจนขั้นสุดท้าย เพื่อให้ผู้วิจัยได้ประเมินว่าแต่ละคนมีการเข้าถึงสมาธิหรือไม่

4. การประเมินผล ขณะที่ฝึกปฏิบัติกับผู้วิจัย ๆ จะสอบถามความรู้สึกและให้ผู้ติดเชื้อมันที่กตามแบบบันทึกการปฏิบัติอานาปานสติทุกวัน และขณะปฏิบัติอานาปานสติที่บ้านให้ปฏิบัติตามคู่มือการฝึกปฏิบัติอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และจดบันทึกแบบบันทึกการปฏิบัติอานาปานสติหลังฝึก และนำแบบบันทึกมาให้ผู้วิจัยหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เรื่อง “การดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ” ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเนื้อหาที่มีความจำเป็น หลังจากการทบทวนวรรณกรรมและจากประสบการณ์ที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้การพูดคุย ชักถาม และบรรยายตามเนื้อหาที่เตรียมไว้ ด้วยภาษาถิ่นเพื่อลดช่องว่างในการสื่อสาร เพราะเมื่อใช้ภาษาถิ่นพบว่าผู้ติดเชื้อมักชักถามเพิ่มขึ้น ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในวันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 1 โดยมีเนื้อหาครอบคลุมประเด็น ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ที่สำคัญ ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอ และปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของร่างกาย อยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ทั้งที่บ้านและที่อื่น ๆ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเหมาะสมงดเว้นจากสิ่งเสพติด สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2. การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยงดการสัมผัสทางเพศ งดการรักร่วมเพศ การรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงการซื้อยามาใช้เอง ไม่บริจาคเลือด เนื้อเยื่อ

3. สุขวิทยาส่วนบุคคล โดยการรับประทานอาหารที่สุก สะอาด ดื่มน้ำสะอาด ดูแลอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดเสมอ หลีกเลี่ยงของหมักดอง หลีกเลี่ยงจากสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งเชื้อรา เพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส มาพบแพทย์อย่างเหมาะสม

4. การดูแลด้านจิตสังคม เพราะการดูแลด้านจิตสังคมที่ดีจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันและมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติอานาปานสติและการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน

ในขั้นตอนนี้ผู้ติดเชื้อใช้ความสามารถของตนเองหลังจากได้ฝึกอานาปานสติจากผู้วิจัยครบ 2 สัปดาห์ และนำมาข้อมูลที่ได้รับมาใช้ในการดูแลตนเองมาใช้หลังจากผ่านกระบวนการคิด และตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ซึ่งมีเป็นระยะ ๆ

1. ผู้วิจัยประเมินผลโดยการสังเกตและสอบถาม แต่ละคน และสนับสนุนให้กำลังใจ

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้ความเข้าใจโดยการสอบถาม
3. ผู้วิจัยประเมินผลการปฏิบัติทุกวันและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ของการฝึกประเมินผลโดยการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามถึงอุปสรรคหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล

Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสปิลเบอร์เกอร์ (STAI form Y-1) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล 2 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่าความวิตกกังวลของตัวอย่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติและโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลไม่แตกต่างกัน

Connell (1989) ศึกษาถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวก่อนและหลังผ่าตัด พบว่าการให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลได้

กัญจณี พงษ์นิยะ (2530) ทำการศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรก ที่ทำการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลน้อยกว่า และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนปกติ

จิราภรณ์ ทงสุโขติ (2535) ทำการศึกษาผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นาฏยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 28-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 20 ราย ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ของสปิลเบอร์เกอร์ (STAI form x-1) กลุ่มทดลองจะได้รับแบบแผนการให้ข้อมูลแก่คู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่

ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูล

วิภาภัทร ชังขาว (2544) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยมีผู้ป่วยระยะวิกฤติที่จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยการบริหารการหายใจในกลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

อุรวาดิ เจริญไชย (2541) ศึกษาถึงผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึก และคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยใช้แนวคิดการปรับตนเองของ Leventhal & Johnson ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการที่มารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูล 3 ชนิดคือ ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติจัดทำเป็นเทปโทรทัศน์ โดยให้ข้อมูลในตอนเย็นติดต่อกัน 2 วัน แล้ววัดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

วนิดา อินทราชา (2539) ศึกษาผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 40 ราย ภายหลังจากการให้ข้อมูล 1 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการให้ข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การศึกษาของสุพัตรา ไตรอุดมศรี, ชอลดา พันธุเสนา, และสาวิตรี ลิ้มไชยอรุณเมือง (2541) ที่ศึกษาผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ โดยให้ข้อมูลในวันที่ 2 และ 3 ของการรักษา ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ภาพพลิกและคู่มือเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังจากการให้ข้อมูล 1 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้าน

สุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น การให้ข้อมูลมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤติเด็ก (พรประภา โฉจนะวงศกร, 2541) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) การให้ข้อมูลประกอบภาพการ์ตูนในเด็กก่อนวัยเรียนขณะได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำ (กลอยใจ มีเครือรอด, 2544) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในเรื่องของสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (วรรณภา ปิยะเศวตกุล, 2545) เป็นต้น

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับสมาธิ

สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ทำการศึกษาผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบ ผ่อนคลาย ในการลดความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองฝึกสมาธิ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองฝึกสมาธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=.001$)

ดวงใจ กษานติกุล และคณะ (2529) ซึ่งทำการศึกษาถึงผลของการฝึกสมาธิต่อสุขภาพจิต โดยวัดเปรียบเทียบระดับอารมณ์เศร้า ในเยาวชนอายุ 15-25 ปี จำนวน 136 คนที่ฝึกสมาธิปฏิบัติธรรมในภาคฤดูร้อนประจำปี พ.ศ.2527 ณ ศูนย์พุทธจักรปฏิบัติธรรม จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน ซีอีเอส-ดี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการอบรมฝึกสมาธิ

อาจอง ชุ่มสาย ณ อยุธา (2533) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิ ในนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 30 คน พบว่าหลังการฝึกสมาธิ 2 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง พบว่ามีความสงบสุขเพิ่มขึ้น และลดความเครียดลง

นอกจากนั้นจากการศึกษาของวิศิษฎ์ สิทธิประชา และรำไพ สุวรรณภา (1983) พบว่าพระภิกษุจำนวน 5 รูปที่อาพาธด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ฉันทอาหารโปรตีนต่ำ (15-19 กรัม) เพียงวันละ 1 มื้อ ร่วมกับการปฏิบัติสมาธิวันละ 3-4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 ปี พบว่าอัตราการเสื่อมของโรคไตวายเรื้อรังในพระภิกษุ เกิดช้ากว่ากลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะการเสื่อมของไตในระดับใกล้เคียงกันอย่างเห็นได้ชัด โดยที่พระภิกษุทั้ง 5 รูป ไม่มีภาวะของการขาดอาหารโปรตีนและพลังงานเลย ในขณะที่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังอีกกลุ่มหนึ่งนั้นรับประทานอาหารโปรตีนต่ำวันละ 3 มื้อ มีภาวะยูริเมียและมีการเสื่อมของไตอย่างรุนแรง รวมทั้งมีภาวะการขาดอาหารโปรตีนร่วมด้วย

Wallace (1977) ได้อ้างถึงงานเขียนของ Gellhorn ในปี ค.ศ.1967 ว่า การฝึกสมาธิมีผลโดยตรงต่อ Hypothalamus โดยทำให้ส่วนหลังของ Hypothalamus ที่เกี่ยวข้องกับระบบ sympathetic ปล่อยกระแสไฟฟ้าน้อยลง (downward discharge) ดังนั้น แรงกระตุ้นที่มีต่อ adrenal medulla ก็น้อยลง เป็นเหตุให้ epinephrine ถูกหลั่งน้อยลง ระดับการสันดาปภายใน

เซลล์ก็ต่ำลง ทำให้ความเข้มข้นของ Lactase ในกระแสเลือดลดลง เป็นเหตุให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย ทั้งนี้จากการศึกษาของ Pitts พบว่าระดับความเข้มข้นของ Lactase และ epinephrine ที่สูงในกระแสเลือดเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอาการวิตกกังวลได้ (Pitts, 1969) การค้นพบนี้ได้รับการสนับสนุนโดยการศึกษาของ Wallace & Benson ในกลุ่มตัวอย่าง 36 คน ซึ่งมีประสบการณ์ในการฝึกสมาธิตั้งแต่ 1 สัปดาห์ถึง 9 ปี พบว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างฝึกสมาธิได้ 10 นาที ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของ Lactase ในกระแสเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญโดยลดลงจาก 11.4 - 8.0 มก./100 มล. ในระยะควบคุมเป็น 6.85 มก. /100 มล. (Wallace and Benson, 1971) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson ที่พบว่า ในระหว่างทำสมาธิระดับของ Lactase ในกระแสเลือดซึ่งเกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า วิตกกังวล นั้นมีค่าลดลงมากกว่าร้อยละ 30 (Anderson, 1978) นอกจากนี้ได้มีผู้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลไว้หลายท่าน เช่น การศึกษาของชมชื่น สมประเสริฐ (2526) ในนักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์ปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 64 คน โดยให้กลุ่มทดลองฝึกสมาธิเป็นเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ใช้เวลาในการฝึกสมาธิเกินกว่าร้อยละ 75 ของเวลาทั้งหมดมีระดับความวิตกกังวลแบบเทรต (Trait anxiety) ลดลงมากกว่าก่อนได้รับการฝึกสมาธิ และการศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ (2528) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 73 ราย พบว่า คะแนนความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการฝึกสมาธิ และการเยี่ยมการพูดคุยเรื่องทั่วไปต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเยี่ยม การพูดคุยเรื่องทั่วไปเพียงอย่างเดียว และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ประจำการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ Priest ที่ว่า การฝึกจิตให้มีความตั้งมั่น หรือสมาธินี้ช่วยลดความฟุ้งซ่าน กล้ามเนื้อผ่อนคลาย และมีผลทำให้ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สามารถเผชิญและปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดียิ่งขึ้น (Priest, 1983)

Nidich & Seeman 1977 อ้างถึงใน วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา (2538) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบ TM (Transcendental Meditation) ในกลุ่มตัวอย่าง 17 คน พบว่าหลังฝึกสมาธิ 6 สัปดาห์ มีผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลง (Stern, 1977)

Ross (1977) อ้างถึงใน วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา (2538) ได้ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบ TM ในนักศึกษาจำนวน 30 คน พบว่ามีผลระดับความวิตกกังวลลดลงหลังการฝึก 3-4 เดือน

การศึกษาของ วีระพันธ์ เสงเจริญ (2536) พบว่านักเรียนที่ได้รับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ 4 สัปดาห์มีพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง

6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

รสสุคนธ์ วาริทกุล และคณะ (2544) ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวและเข้าร่วมชมรมสายธารน้ำใจ จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 20 คน พบว่าผู้ติดเชื้อ

และผู้ป่วยเอดส์ มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 ราย ที่มารับบริการที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธกิจเอดส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย โดยผู้วิจัยให้บริการที่คลินิกและเยี่ยมบ้านเป็นเวลา 3-6 เดือน พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและอาการเจ็บป่วยน้อยลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการวิจัย 1-2 เดือนและมีความคงตัวไป 6 เดือน

บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ได้ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ติดเชื้อจะมีการยอมรับและปรับวิถีชีวิตมีการหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในด้านสุขภาพหรือไม่ใช้บุคลากรด้านสุขภาพรวมทั้งบุคคลใกล้ชิด มีการแสวงหากลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ (2545) ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ 4 ด้าน คือ ร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและความเป็นอยู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง

อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองในภาพรวมระดับปานกลาง เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาการติดเชื้อ การได้รับยาอาการโรคเอดส์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบกันอย่างต่อเนื่อง เช่นผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับมากกว่าปกติจะเกิดการตอบสนองของระบบต่างๆ ในร่างกายเกิดขึ้นส่งผลทั้งด้านสรีระ ชีวเคมี และมีผลต่อพฤติกรรม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดของโอเร็มและแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ เพราะกายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีเข้ามากกระทบต่อจิตก็จะมีผลกระทบต่อกายด้วย เมื่อจิตนึกหรือจินตนาการในสิ่งใดกายจะตอบสนองต่อจินตนาการนั้นเสมอ

เช่น เมื่อจินตนาการว่าได้รับประทานมะนาวสมองก็จะสั่งให้ต่อมผลิตน้ำลาย ผลิตน้ำลายออกทันที แสดงให้เห็นถึงความสามารถของจิตในการควบคุมกาย จากการที่สมองควบคุมระบบประสาท ดังนั้น ถ้ามนุษย์เราสามารถควบคุมจิตได้ ก็จะสามารถควบคุมการทำงานของสมองและระบบประสาททั้งหมดได้

การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) เชื่อว่าบุคคลมีแรงจูงใจในความต้องการที่จะดูแลตนเองด้วยความสามารถเพื่อให้ดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ ในขณะที่ไม่มีความเจ็บป่วย ความจำเป็นในการดูแลตนเอง คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care needs) ในภาวะที่เจ็บป่วยความจำเป็นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น (health deviation self-care needs) (ศิริพร ชัมภลลิขิต, 2533) โดยเฉพาะให้ผู้ติดเชื่อเฮ็ชไอวี ต้องปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญต่างๆ เน้นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและรับเชื้อเพิ่ม (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) ร่วมกับการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน การพักผ่อน สุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว เช่น แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ไบรด์โกน การกำจัดสิ่งปฏิกูล เช่น ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำมูก น้ำลายและเสมหะ การตรวจตามนัด การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เช่น การทำสมาธิช่วยให้เกิดพลังที่จะต่อสู้กับโรคต่างๆ อีกทั้งลดความเครียด ความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม ถ้าผู้ติดเชื่อเฮ็ชไอวีสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นต่อไป (คณะพยาบาลศาสตร์ เชียงใหม่, 2538)

การรับรู้ที่ติดเชื่อเฮ็ชไอวีจะเกิดการตอบสนองที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยไปกระตุ้นที่ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ระบบ Limbic ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และอีกส่วนหนึ่งถูกส่งไปยังส่วน Cortex ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ถ้าปล่อยไว้จะมีผลให้ระดับภูมิคุ้มกันลดลง และพฤติกรรมการสนใจในการดูแลตนเองลดลง จึงต้องหาวิธีการลดความวิตกกังวล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ เพราะหาขณะฝึกสมาธิทำให้เกิดความสงบในใจ ช่วยให้จิตใจผ่อนคลาย มีผลทำให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกและภายในลดลง การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลงเป็นผลทำให้การทำงานของระบบการไหลเวียนลดลง หรืออาจเกิดจาก metabolism ของร่างกายลดลง ทำให้ร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย และเมื่อจิตสงบจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ เรียนรู้ มีกระบวนการคิดตัดสินใจดีขึ้นด้วย

การส่งเสริมให้ผู้ติดเชื่อเฮ็ชไอวีมีความสามารถดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ผู้ติดเชื่อเฮ็ชไอวีสามารถดำรงชีวิตได้ยาวนานและเป็นปกติสุขในสังคม (Lovejoy & Session,

1989, Ragsdale & Morrow, 1990 อ้างถึงในอมรินทร์ หน่อไชยวงศ์, 2545) เพราะหลังจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วนั้นก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาหลายด้าน เช่น ปัญหาด้านร่างกายจากภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจไม่มีอาการหรือมีอาการที่รุนแรง ซึ่งหากมิได้มีการดูแลตนเอง เช่น ลดพฤติกรรมเสี่ยง รักษาสุขภาพให้แข็งแรง เป็นต้น ก็จะทำให้มีการเจริญและขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) สำหรับปัญหาด้านร่างกายจะมีผลโดยตรงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดูแลตนเองลดลง ส่วนปัญหาด้านจิตใจเพราะระดับความวิตกกังวลที่ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้ แก้ปัญหา (Reider, 1994) และปัญหาด้านสังคม เป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีการดูแลตนเองหรือดูแลตนเองไม่เหมาะสม (รัชนี โชติมงคล, 2537) หากการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้การดำเนินของโรคช้าลง (Kobara, 1982 cited in Lovejoy & Session, 1989)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการฝึกอานาปานสติ เพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ ร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลาย โดยผู้วิจัยทำการฝึกอานาปานสติให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเริ่มจากให้ผู้ติดเชื้อฝึกการกำหนดลมหายใจเข้าลมหายใจออก โดยการเอาใจใส่ในการระลึกรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกบริเวณจุดตกกระทบของลมที่ผนังโพรงจมูก เพื่อให้เกิดความตั้งมั่นของจิตใจให้เกิดความสงบ

ขั้นตอนที่ 3 การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง ดังรายละเอียดในเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล และการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติอานาปานสติและการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ และบันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติอานาปานสติเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล โดยการสังเกตและสอบถาม แต่ละคน และสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อติดตามว่าผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้ เช่น ประเมินความรู้ความเข้าใจด้วยการสอบถาม ประเมินผลการปฏิบัติทุกวันและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ของการฝึก ประเมินผลโดยการโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามถึงผลอุปสรรคหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น

- ความวิตกกังวล
- ความสามารถในการดูแลตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังการทดลอง (The Two Group Pretest-Posttest Design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มควบคุม (Control group) คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบผลก่อนเข้าร่วมการวิจัยกับหลังเข้าร่วมการวิจัยหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ 8 ซึ่งมีแบบแผนการทดลอง ดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 187)

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------|------------|
| O ₁ | O ₃ | O ₅ | กลุ่มควบคุม | |
| O ₂ | X..... | O ₄ | O ₆ | กลุ่มทดลอง |

O₁ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₂ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

X = การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ

O₃ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที

O₅ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามปกติ หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์

O₄ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที

O₆ แทน ความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการปรากฏ ที่มีอายุ 20-59 ปี และได้รับการตรวจเลือดพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการปรากฏ ซึ่งมีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชาย –หญิง ที่มารับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก และแพทย์มีแผนให้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเป็นครั้งแรกและเตรียมส่งต่อไปรักษาในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน ที่โรงพยาบาลกระบี่ ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549

โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมในการวิจัย (Inclusion criteria) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. เริ่มรับยาต้านไวรัส (GPO-vir) เป็นครั้งแรก
2. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
3. มีการมองเห็นและการได้ยินปกติ
4. สามารถพูด อ่าน เขียน ฟังภาษาไทยได้ดี
5. นับถือศาสนาพุทธ และมีความศรัทธาในการทำสมาธิ แต่ไม่เคยเข้ารับการฝึกสมาธิ
6. เต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกรับจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ติดเชื้อที่มีโรคต้องห้ามในการเข้ากลุ่ม เช่น วัณโรคปอด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

จากรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ซึ่งควรมีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20-30 ราย (Polit & Hungler, 1999; ยุวดี ภาชา และคณะ, 2540) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อได้รับการประสานจากพยาบาลประจำคลินิก โดยผู้วิจัยเริ่มเก็บในกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายก่อน จากนั้นจึงเก็บในกลุ่มทดลอง โดยการ

ใช้วิธีจับคู่ (Match pair) ให้มีลักษณะคล้ายกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ และ อายุ โดยอายุของทั้งสองกลุ่มในแต่ละคู่แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เป็นเพศเดียวกันทั้งสองกลุ่มและมีค่า CD4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะของเพศ อายุ และระดับ CD4

| คู่ที่ | เพศ | กลุ่มทดลอง | | เพศ | กลุ่มควบคุม | |
|--------|------|--------------|-----|--------------|-------------|-----|
| | | อายุ | CD4 | | อายุ | CD4 |
| | | ก่อนการทดลอง | | ก่อนการทดลอง | | |
| 1 | หญิง | 24 | 115 | หญิง | 27 | 108 |
| 2 | หญิง | 30 | 103 | หญิง | 30 | 112 |
| 3 | ชาย | 30 | 149 | ชาย | 30 | 130 |
| 4 | ชาย | 32 | 124 | ชาย | 28 | 114 |
| 5 | หญิง | 34 | 159 | หญิง | 36 | 116 |
| 6 | ชาย | 31 | 147 | ชาย | 33 | 135 |
| 7 | ชาย | 25 | 132 | ชาย | 25 | 129 |
| 8 | หญิง | 40 | 163 | หญิง | 39 | 147 |
| 9 | หญิง | 31 | 141 | หญิง | 28 | 162 |
| 10 | หญิง | 34 | 150 | หญิง | 34 | 161 |
| 11 | หญิง | 35 | 118 | หญิง | 35 | 109 |
| 12 | หญิง | 29 | 158 | หญิง | 30 | 124 |
| 13 | ชาย | 20 | 136 | ชาย | 22 | 140 |
| 14 | หญิง | 31 | 140 | หญิง | 30 | 133 |
| 15 | หญิง | 23 | 177 | หญิง | 23 | 130 |
| 16 | หญิง | 45 | 165 | หญิง | 47 | 164 |
| 17 | หญิง | 29 | 149 | หญิง | 28 | 172 |
| 18 | ชาย | 41 | 162 | ชาย | 39 | 155 |
| 19 | หญิง | 20 | 141 | หญิง | 20 | 139 |
| 20 | ชาย | 35 | 164 | ชาย | 36 | 156 |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับ CD4 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สำหรับผลการตรวจ CD4 ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากแฟ้มทะเบียนประวัติ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของSpielberger พัฒนาขึ้นโดยSpielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี 1983 เป็นแบบวัดความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นเฉพาะและในสถานการณ์ทั่วไป โดยจะแยกประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แต่ละชนิดของความวิตกกังวลประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ซึ่งได้มีการแปลเพื่อให้มีความถูกต้องทั้งในด้านภาษาและความหมายทางจิตวิทยา โดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) แบบวัดนี้มีการนำไปใช้ได้แพร่หลาย โดยค่าความตรงและค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้เป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาเรื่องการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger, 1988 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) แบบวัดนี้เป็นเครื่องมือที่ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเอง สำหรับการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบสเตท (State anxiety, STAI form Y-1) คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ 1,2,5,8,10,11,15,16,19 และ 20 เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ได้แก่ 3,4,6,7,9,12,13,14,17 และ 18 โดย ด้านซ้ายมือ เป็นรายการความรู้สึก ด้านขวามือ เป็นระดับความรู้สึกที่เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเลย มีบ้าง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ

| | | | |
|-------------|-----|---|-------|
| มากที่สุด | ให้ | 4 | คะแนน |
| ค่อนข้างมาก | ให้ | 3 | คะแนน |
| มีบ้าง | ให้ | 2 | คะแนน |
| ไม่มีเลย | ให้ | 1 | คะแนน |

ข้อความที่แสดงความรู้สึกลึกทางบวก จะให้คะแนนในทางตรงข้าม ดังนี้

| | | | |
|-------------|-----|---|-------|
| มากที่สุด | ให้ | 1 | คะแนน |
| ค่อนข้างมาก | ให้ | 2 | คะแนน |
| มีบ้าง | ให้ | 3 | คะแนน |
| ไม่มีเลย | ให้ | 4 | คะแนน |

คะแนนรวมทั้งหมดยกค่าสูงสุด 80 คะแนน ค่าต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1991) ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยติดตามเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 20 ราย จากการศึกษาในห้องในโครงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง แบบประเมินนี้มี จำนวน 33 ข้อ เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งเป็นความสามารถขั้นสูงสุดของศักยภาพในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 3 ข้อ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ 17 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำ 1 หมายถึง ทำเป็นบางครั้ง 2 หมายถึง ทำอย่างสม่ำเสมอ และในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาและปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับด้านภาษาในบางข้อของข้อคำถามเดิมและจัดเรียงให้เป็นหมวดหมู่ ดังนี้

ข้อ 1-11 เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง

ข้อ 11-21 เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพส่วนบุคคล

ข้อ 22-24 เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อ 25-33 เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

คะแนนรวมทั้งหมดยกค่าสูงสุด 66 คะแนน โดยคะแนนมากแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ถ้าคะแนนน้อยแสดงว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แผนการให้ข้อมูลเรื่อง "ขั้นตอน ผลที่เกิดขึ้นจากการฝึกอานาปานสติและการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี" ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แนวคิดเกี่ยวกับสมาธิ วิธีการให้ข้อมูล และจากข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีเนื้อหาประกอบด้วย

2.1.1 การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เป็นต้น และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย

2.1.2 ขั้นตอนการฝึกอานาปานสติ และผลที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดสมาธิ โดยการแนะนำและสาธิตให้ดู ก่อนลงมือฝึกปฏิบัติจริง

2.2 คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้วิจัยได้พัฒนาจากของ พัทยา จิตสุวรรณ และท่านพุทธทาส แห่งวัดสวนโมกข์ อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี มีรายละเอียดประกอบด้วย การเตรียมตัวเกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจและสถานที่ ประโยชน์ของสมาธิ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาธิและระดับภูมิคุ้มกัน ขั้นตอนการปฏิบัติ

3. เครื่องมือในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการฝึกอานาปานสติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้บันทึกการปฏิบัติอานาปานสติ และความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติอานาปานสติจริง โดยให้กลุ่มทดลองบันทึกเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการให้ข้อมูล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2. ผู้วิจัยนำแผนการให้ข้อมูล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมาธิ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องสมาธิ 1 ท่าน พระภิกษุซึ่งมีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติอานาปานสติ 1 รูป และอาจารย์แพทย์ซึ่งมีความรู้และเชี่ยวชาญด้านสมาธิ 1 ท่าน พิจารณา ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความเหมาะสมของแผนการให้ข้อมูล ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแผนการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเอง คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องโดยมีความเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 ท่าน และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) .85 ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุง

3. ผู้วิจัยนำแผนการให้ข้อมูล ไปทดลองใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจด้านภาษาและเนื้อหา โดยผู้วิจัยได้นำผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยินดีให้ความร่วมมือซึ่งพบว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการทดลองคือ ห้องที่ใช้มีเสียงรบกวน จึงได้ย้ายไปใช้ห้องที่ไม่มีเสียงรบกวน ระยะเวลาที่ใช้ฝึกแต่ละช่วงนาน จึงได้ปรับเหลือ 45 นาที และเว้นระยะไป 15 นาที และมีปัญหาเรื่องการใช้ภาษาจึงได้ปรับใช้เป็นภาษาถิ่น และนำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์มาปรับปรุงโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger, et al. ได้มีการนำไปหาความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .83-.94 และสำหรับแบบประเมินฉบับภาษาไทยได้มีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและภาษาหลายท่าน เช่น ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภชาติ และ ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2534) ได้นำไปวัดความวิตกกังวลของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 86 คน นำผลมาทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง .9 และเป็นแบบวัดความวิตกกังวลที่ใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่างหลายประเภท และได้มีการนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ภัทราวรรณ มณีสาคร ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11 คน ที่ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ต.ดอยสุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ .96 และสำหรับ การศึกษาครั้งนี้เมื่อนำไปทดลองใช้ในผู้ติดเชื้อที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84 และในกลุ่มตัวอย่างจริงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89

2. แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ดัดแปลงของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองไปทดลอง (try out) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยใช้เกณฑ์ ≥ 0.7 (Burn & Grove, 2001) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ .75 และเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 40 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นการประเมินผล ดังนี้

1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล และกำกับการทดลอง เช่น คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ห้องให้คำปรึกษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล และตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ชั้นเตรียมตัวผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองโดยการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้ความรู้รวมทั้งการปฏิบัติ ดังนี้

ผู้วิจัยได้พบเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของวิธีการฝึกอานาปานสติที่อาจมีการปรับเปลี่ยนกับวิทยากรและพระแห่งวัดสวนโมกข์ อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี เนื่องจากผู้วิจัยเคยเข้ารับการฝึกอานาปานสติเมื่อ 5 ปีก่อนและได้ปฏิบัติเรื่อยมา และได้รับฝึกปฏิบัติอานาปานสติเพิ่มเติมที่เสถียรธรรมสถาน จ.ปทุมธานี 3 วัน เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2548

2. ชั้นดำเนินการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

2.1.1 พบพยาบาลประจำคลินิกบริการงานบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้นักกลุ่มตัวอย่างพบผู้วิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยรอกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเมื่อได้รับการประสานจากพยาบาลประจำคลินิก ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกที่ประกอบด้วย การสอบถามอาการ การให้คำแนะนำการประเมินสัญญาณชีพ

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

2.2.1 พบพยาบาลประจำคลินิกบริการงานบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำกิจกรรม และให้นักกลุ่มตัวอย่างพบผู้วิจัย

2.2.2 เมื่อได้รับการประสานจากพยาบาลประจำคลินิก ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการ

วิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทดลอง

2.2.3 เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัย ทำการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนดำเนินการทดลอง

2.2.4 กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกและได้รับการปฏิบัติเพิ่มเติมจากผู้วิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยกำหนดการทำกิจกรรม 5 ชั่วโมง/วัน โดยมีการหยุดพักเป็นระยะๆ ในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 5 วัน และสำหรับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามอุปสรรคหรือความรู้สึกที่เกิดจากการฝึกอานาปานสติ และมีการประเมินผลเป็นครั้งที่ 2 และหลังจากสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไป แนะนำให้ไปฝึกเองที่บ้านทุกวันๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 15 -30 นาที และ โดยมีกิจกรรมตามรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

การพบครั้งที่ 1 (วันที่ 1 เวลา 09.00-15.00)

1. ผู้วิจัยรอกกลุ่มตัวอย่างที่นัดไว้ และเมื่อผู้ติดเช็คเช็คไอวีมาถึงลงชื่อในแบบฟอร์ม และให้นั่งพัก 20 นาที
2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (ครั้งที่ 1) ซึ่งมี 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความวิตกกังวล
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่ม โดยการพูดคุย ชักถามเรื่องทั่วไป หลังจากนั้นทบทวน วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละวัน
4. ผู้วิจัยเริ่มเนื้อหาโดยการบรรยายด้วยภาษาท้องถิ่น เพื่อลดช่องว่างของการสื่อสาร ในหัวข้อเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับภูมิคุ้มกันกับสมาธิ (อานาปานสติ) ความรู้สึกระหว่างฝึกอานาปานสติ ประโยชน์ การเตรียมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสถานที่ก่อนฝึกอานาปานสติ ทำปฏิบัติในการฝึกอานาปานสติ (ดังรายละเอียดในแผนการให้ข้อมูล)
5. ผู้วิจัยแจกคู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องและแบบบันทึกอานาปานสติด้วยตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวิธีการบันทึก
6. เปิดเทปเสียงการสวดมนต์ และให้กลุ่มตัวอย่างดูตามในคู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (หน้าที่ 6)

7. ผู้วิจัยสาธิตที่ละขั้นตอนจนครบซึ่งประกอบด้วยวิธีการหายใจ ทำสำหรับใช้ในการปฏิบัติ (ทำนั่ง ทำยืน ทำนอน ทำเดินจงกรม) วิธีการเพ่งโดยการคอยจับจุดที่ลมหายใจมากระทบเพื่อให้เกิดสมาธิ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม

8. ทบทวนความเข้าใจ และให้ทุกคนทดลองปฏิบัติทั้ง 4 ท่า ก่อนแนะนำให้แต่ละคนเลือกท่าในการปฏิบัติอานาปานาสติตามความถนัดของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยคอยดูอย่างใกล้ชิดในแต่ละคน โดยการสังเกตและสอบถาม ให้ไปปฏิบัติต่อที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกท่าและเวลาในการปฏิบัติอานาปานาสติ ได้ตามความถนัดเพราะผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล และนัดครั้งต่อไป ในวันถัดไป

9. ผู้วิจัยประเมินและสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น และบันทึกผลหลังการฝึกอานาปานาสติ

ผลของการฝึกอานาปานาสติในวันแรกนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดสมาธิความรู้สึกในทางบวก เช่น รู้สึกโล่งหรือปลอดโปร่ง เพียงร้อยละ 20 เพราะกลุ่มทดลองอยู่ในช่วงเวลาที่พยายามปรับหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ทำนั่ง ทำนอน หรือทำเดิน และจากการสอบถามพบว่ากลุ่มตัวอย่างกังวลเกี่ยวกับวิธีการหายใจถูกต้องหรือไม่

การพบครั้งที่ 2- ครั้งที่ 4 (วันที่ 2-4 เวลา 09.00-14.30 น.)

1. ผู้วิจัยรอกกลุ่มตัวอย่างที่นัดไว้ และเมื่อผู้ติดเช็คอีเมลมาถึงลงชื่อในแบบฟอร์ม และให้นั่งพัก 20 นาที

2. กล่าวทักทายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่ม สอบถาม และทบทวนเนื้อหาของวันที่ผ่านมา โดยการซักถาม และสรุปให้อีกครั้ง และทำข้อตกลงร่วมกันว่า ก่อนพูดให้ยกมือ

3. ผู้วิจัยให้แต่ละคนเล่าถึงความรู้สึก หรืออุปสรรคของการฝึกของวันที่ผ่านมา

4. ผู้วิจัยนำสวดมนต์พร้อมกลุ่มตัวอย่าง

5. ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติเอง คนละ 15-30 นาที โดยผู้วิจัยคอยสังเกตเพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติได้หรือไม่ และแนะนำส่วนขาดเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งคอยให้กำลังใจ

6. ทบทวนความเข้าใจ และให้ทุกคนทดลองปฏิบัติทั้ง 4 ท่า ก่อนแนะนำให้แต่ละคนเลือกท่าในการปฏิบัติอานาปานาสติตามความถนัดของแต่ละคน ซึ่งผู้วิจัยคอยดูอย่างใกล้ชิดในแต่ละคน โดยการสังเกตและสอบถาม ให้ไปปฏิบัติต่อที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกท่าและเวลาในการปฏิบัติอานาปานาสติ ได้ตามความถนัดเพราะผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล และนัดครั้งต่อไป ในวันถัดไป

7. ผู้วิจัยประเมินและสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้น และบันทึกผลหลังการฝึกอานาปานสติ

ผลของการฝึกอานาปานสติในสัปดาห์ที่ 1 ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการฝึกโดยตรงกับผู้วิจัย และอยู่ในช่วงเวลาที่กลุ่มทดลองพยายามปรับหาวิธีการที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น ทำนั่ง ทำนอน หรือ ทำเดิน โดยพบว่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะฝึกอานาปานสติ ในวันที่ 2 เป็นความรู้สึกในทางบวก เช่น ปลอดโปร่ง/โล่ง ร้อยละ 100 สำหรับในกลุ่มที่เป็นเพศชายเกิดความรู้สึกทางบวกขณะฝึกอานาปานสติใช้ระยะเวลามากกว่า

การพบครั้งที่ 5 (วันที่ 5 เวลา 09.00-12.00 น.)

1. ผู้วิจัยรอกกลุ่มตัวอย่างที่นัดไว้ และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาถึงลงชื่อในแบบฟอร์ม และให้นั่งพัก 20 นาที
2. กล่าวทักทายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสัมพันธภาพที่ดี และพูดคุย ชักถามถึง ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเอง
3. ผู้วิจัยเกริ่นนำเกี่ยวกับ การดำเนินของโรค การดูแลรักษา และเริ่มให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับ ความสำคัญในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาสีงแวดล้อม การป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ การผ่อนคลาย โดยการบรรยายและถามตอบเป็นระยะๆ ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข.
4. ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปการดูแลตนเอง
5. นัดพบครั้งต่อไป (ตามวันนัดพบแพทย์หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ 8)

ช่วงสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มทดลองไปปฏิบัติอานาปานสติด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยได้โทรศัพท์เพื่อติดตามสอบถาม ถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติอานาปานสติเองที่บ้านและให้กลุ่มตัวอย่างทำการบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติอานาปานสติ และนำมาในวันที่นัดพบเพื่อใช้ในการประเมินและกำกับการทดลอง

สัปดาห์ที่ 2

การพบครั้งที่ 6

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อประเมินถึงอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติอานาปานสติความรู้สึกขณะอยู่ที่บ้าน และการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงสมาธิร้อยละ 100
2. ให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างและแนะนำให้ปฏิบัติต่อ และขอให้ลงบันทึกในแบบบันทึกการปฏิบัติอานาปานสติเพื่อใช้ในการประเมินและกำกับการทดลอง และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลจากแบบสอบถาม (ครั้งที่ 2) ซึ่งมี 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 20 นาที)

4. นัดกลุ่มตัวอย่างอีก 6 สัปดาห์ เพื่อแจ้งการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

สัปดาห์ที่ 8

การพบครั้งที่ 7 (เวลา 13-15 น.)

1. ผู้วิจัยทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยความเป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ขอขอบคุณ และแจ้งว่าสิ้นสุดการทดลอง และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงสนใจในการปฏิบัติให้ปฏิบัติต่อ

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลจากแบบสอบถาม (ครั้งที่ 3) ซึ่งมี 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความวิตกกังวล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงขึ้นจาก ของพิกุล นันทชัยพันธ์ และแบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการประจำหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ พิจารณา และผู้วิจัยได้พิจารณาปรับแก้ตามข้อเสนอ

2. ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่เพื่อขออนุญาตและดำเนินการนำกิจกรรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับบริการในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันของโรงพยาบาลกระบี่ โดยชี้แจงรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ และวัน เวลาในการดำเนินการวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยพบทีมบริการของแผนกผู้ป่วยนอกและในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันของโรงพยาบาลกระบี่เพื่อชี้แจงขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ และวัน เวลาในการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย และนัดกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ของโครงการวิจัย เมื่อผู้ติดเชื้อตกลงยินยอมเข้าร่วมโครงการแล้ว จึงให้ผู้ติดเชื้อลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการเก็บข้อมูล ก่อนการทดลอง ด้วยแบบประเมินที่

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เตรียมไว้

5. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิก ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติเป็นเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกับผู้วิจัย 7 ครั้ง

6. ทำการประเมินความวิตกกังวล และความสามารถในการดูแลตนเอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 6 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และในขั้นตอนการดำเนินการทดลองผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและเริ่มแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ/ขั้นตอน กิจกรรม ระยะเวลาของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ประโยชน์ที่จะได้รับ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับแต่อย่างใด และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีการบังคับและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่ทำให้เกิดผลเสียใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการระบุชื่อแต่จะใช้รหัสแทน และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอเชิงวิชาการในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/FW (Statistic Package for the Social Science/for Windows) Version 10.0 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Kolmogorov-Simnov Test พบว่ามีการแจกแจงปกติ

3. นำคะแนนความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลองทันที 6 สัปดาห์ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองด้วย One Way Analysis of Variance with Repeated Measure และวิเคราะห์เปรียบเทียบช่วงเวลาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลรายคู่ ความสามารถในการดูแลตนเองรายคู่ ด้วย Scheffe

4. นำคะแนนความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนการวิจัย

ขั้นเตรียมการทดลอง

- เตรียมตัวผู้วิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรม
- เตรียมเครื่องมือวิจัย - เตรียมสถานที่
- ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมพิจารณา
- ทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะฯ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขอดำเนินการ

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. พบพยาบาลประจำคลินิกบริการงานบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน การดำเนินการของโครงการวิจัย และให้นักกลุ่มตัวอย่างพบผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้เป็นรายบุคคลและจับคู่ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน
3. เก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลังเพื่อศึกษาผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวันของโรงพยาบาลกระบี่จำนวน 40 คน และเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลรักษาตามปกติ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทดลองกับกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (ตารางที่ 5)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 6)

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองหลังการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 7)

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระดับ CD4 และ ค่า BMI (n=40)

| ข้อมูล | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | รวม | |
|----------------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 7 | 35.0 | 7 | 35.0 | 14 | 35.0 |
| หญิง | 13 | 65.0 | 13 | 65.0 | 26 | 65.0 |
| อายุ | | | | | | |
| 20-29 ปี | 8 | 40.0 | 7 | 35.0 | 15 | 37.5 |
| 30-39 ปี | 11 | 55.0 | 10 | 50.0 | 21 | 32.5 |
| > 40 ปี | 1 | 5.0 | 3 | 15.0 | 4 | 10.0 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0.0 | 1 | 5.0 | 1 | 2.5 |
| ประถมศึกษา | 6 | 30.0 | 7 | 35.0 | 13 | 32.5 |
| มัธยมศึกษา | 13 | 65.0 | 5 | 25.0 | 18 | 45.0 |
| อนุปริญญา | 0 | 0.0 | 6 | 30.0 | 6 | 15.0 |
| ปริญญาตรี/สูงกว่า | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 5.0 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 5.0 |
| คู่ | 16 | 80.0 | 15 | 75.0 | 31 | 77.5 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 3 | 15.0 | 4 | 20.0 | 7 | 17.5 |
| รายได้ | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 1 | 5.0 | 2 | 10.0 | 3 | 7.5 |
| <1,000บาท | 0 | 0.0 | 1 | 5.0 | 1 | 2.5 |
| 1,000-3,000บาท | 9 | 45.0 | 7 | 35.0 | 16 | 40.0 |
| 3,001-5,000บาท | 6 | 30.0 | 6 | 30.0 | 12 | 30.0 |
| > 5,000บาท | 4 | 20.0 | 4 | 20.0 | 8 | 20.0 |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระดับ CD4 และค่า BMI (n=40) (ต่อ)

| ข้อมูล | กลุ่มควบคุม | | กลุ่มทดลอง | | รวม | |
|------------------|-------------|--------|------------|--------|-------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับ CD4 | | | | | | |
| < 200 | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 | 40 | 100.0 |
| > 200 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| ค่า BMI | | | | | | |
| ต่ำกว่าเกณฑ์ | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 2 | 5.0 |
| ปกติ | 19 | 95.0 | 19 | 95.0 | 38 | 95.0 |

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเข้าร่วมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 เพศหญิง 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45 มีรายได้ 1,000- 3,000 บาท/เดือน เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 40 ระดับ CD4 < 200 cell/uL ทั้ง 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ค่า BMI ปกติ คิดเป็นร้อยละ 95

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง กับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (n=40)

| กลุ่ม | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | | | F | df | p-value |
|-------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------|--------|----|---------|
| | ก่อนทดลอง | หลังสิ้นสุดการทดลองทันที | หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | | | |
| กลุ่มทดลอง | 48.75 (S.D.=9.279) | 44.20 (S.D.=8.250) | 37.70 (S.D.=5.332) | 46.577 | 2 | .000 |
| กลุ่มควบคุม | 49.80 (S.D.=7.215) | 49.75 (S.D.=7.203) | 49.80 (S.D.=7.215) | 1.000 | 2 | .330 |

จากตารางที่ 3 พบว่าการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลระหว่างช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วย One Way Analysis of Variance with Repeated Measure พบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลรายคู่ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลรายคู่ก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ กับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (n=20)

| ระยะเวลา | ก่อนทดลอง | หลังสิ้นสุดการทดลองทันที | หลังทดลอง 6 สัปดาห์ |
|---------------------|-----------|--------------------------|---------------------|
| ก่อนทดลอง | - | - | - |
| หลังทดลองทันที | 6.500* | - | - |
| หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | 11.050* | 4.550* | - |

* $p < .05$

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ด้วย Scheffe พบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองกับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (n=40)

| กลุ่ม | ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) | | | F | df | p-value |
|-------------|-------------------------|---------------------|------------------------|--------|----|---------|
| | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง ทันที | หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | | | |
| กลุ่มทดลอง | 47.95 (SD=5.871) | 51.35 (SD=5.334) | 55.20 (SD=4.262) | 38.376 | 2 | .000 |
| กลุ่มควบคุม | 49.05 (SD=6.909) | 48.40 (SD=7.542) | 48.40 (SD=7.500) | .474 | 2 | .630 |

จากตารางที่ 5 พบว่าการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างช่วงเวลาที่แตกต่างกันด้วย One Way Analysis of Variance with Repeated Measure พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ไม่แตกต่างกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองรายคู่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองรายคู่ก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ กับหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ (n=20)

| ระยะเวลา | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | หลังทดลอง 6 สัปดาห์ |
|---------------------|-----------|-----------|---------------------|
| ก่อนทดลอง | - | - | - |
| หลังทดลองทันที | 7.250* | - | 3.850* |
| หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | 3.400* | - | - |

* $p < .05$

จากตารางที่ 6 การวิเคราะห์ด้วย Scheffe พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวล

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

| ระยะเวลา | กลุ่มควบคุม (\bar{X}) | กลุ่มทดลอง (\bar{X}) | t-test | p-value |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 48.75 | 49.80 | .394 | .698 |
| หลังทดลองทันที | 44.20 | 49.75 | 2.229 | .038 |
| หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | 37.70 | 49.80 | 5.850 | .000 |

จากตารางที่ 7 พบว่า จากการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 7 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

| ระยะเวลา | กลุ่มควบคุม (\bar{X}) | กลุ่มทดลอง (\bar{X}) | t-test | p-value |
|---------------------|------------------------------|-----------------------------|--------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 49.05 | 47.95 | -.536 | .598 |
| หลังทดลองทันที | 48.40 | 51.35 | 1.521 | .145 |
| หลังทดลอง 6 สัปดาห์ | 48.40 | 55.20 | 3.529 | .002 |

จากตารางที่ 8 พบว่า จากการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาในสองกลุ่มวัดก่อนและวัดหลัง (The Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และเพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
2. กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ
3. กลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. กลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติทันที และหลังได้รับ 6 สัปดาห์ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการปรากฏมีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลกระบี่

ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 นับถือศาสนาพุทธ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการปรากฏทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเป็นครั้งแรก และเตรียมส่งต่อไปรับบริการในคลินิกบริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่โรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2548 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 40 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยเลือกเข้ากลุ่มควบคุมก่อนและรอเลือกเข้ากลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Match pair) เพื่อให้มีลักษณะที่คล้ายกันมากที่สุดในเรื่อง เพศ อายุ จำนวน 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแบบสอบถามปลายปิดชนิดเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งดัดแปลงจากของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แผนการให้ข้อมูลเรื่อง“ขั้นตอน ผลที่เกิดขึ้นจากการฝึกอานาปานสติและการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

2.2 คู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

3. เครื่องมือในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการฝึกอานาปานสติ ใช้เพื่อติดตามและประเมินการฝึกอานาปานสติของกลุ่มทดลอง

การดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้ความรู้รวมทั้งทักษะการปฏิบัติต่างๆ

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำคู่มือการฝึกอานาปานสติ และจัดทำแผนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ห้องให้คำปรึกษา ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจด้านภาษาและวิธีการให้ข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยได้พบเพื่อแลกเปลี่ยนหรือทบทวนวิธีการฝึกอานาปานสติกับพระแห่งวัดสวนโมกข์ อ.ไชยา จ.สุราษฎร์ธานี และได้เข้าปฏิบัติอานาปานสติเพิ่มเติมที่เสถียรธรรมสถาน จ.ปทุมธานี 3 วัน

2. ขั้นตอนการทดลอง เมื่อได้รับการประสานจากพยาบาลประจำคลินิก ผู้วิจัยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการวิจัย เมื่อผู้ติดเชื้อตกลงและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว จึงได้ขอให้ลงนามในแบบยินยอม ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อได้ครบจำนวน 20 คนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยใช้วิธีการจับคู่ที่มีลักษณะคล้ายกันด้านเพศ และอายุ ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และพบผู้วิจัยอีกหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ 8 ซึ่งมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเอง และในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิก และได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติจากผู้วิจัย โดยเริ่มจากกิจกรรม ดังนี้ ในวันที่ 1-4 ของสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี วันละประมาณ 5 ชั่วโมง ซึ่งได้ทำดังนี้ สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้อาสาสมัครเกิดความคุ้นเคยไว้วางใจผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน กิจกรรม ระยะเวลา ให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลจากแบบสอบถาม (ครั้งที่ 1) ซึ่งมี 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความวิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับภูมิคุ้มกันกับสมาธิ (อานาปานสติ) ความรู้สึกระหว่างฝึกอานาปานสติ ประโยชน์ การเตรียม

ด้านร่างกาย จิตใจ และสถานที่ก่อนฝึกอานาปานสติ เปิดเทปเสียงการสวดมนต์ และให้กลุ่มตัวอย่างดูตามในคู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (หน้าที่ 6) สาธิตวิธีการหายใจ ท่าทาง (ท่านั่ง ท่านยืน ท่านอน ท่าเดินจงกรม) วิธีการเพ่งเพื่อให้เกิดสมาธิ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม ผู้วิจัยแจกคู่มือการฝึกอานาปานสติสำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และแบบบันทึกอานาปานสติด้วยตนเองพร้อมทั้งชี้แจงวิธีการบันทึก ทบทวนความเข้าใจ และให้ทุกคนทดลองปฏิบัติทั้ง 4 ท่า ก่อนแนะนำให้แต่ละคนเลือกทำปฏิบัติอานาปานสติตามความถนัดของแต่ละคนให้ไปปฏิบัติที่บ้าน และในวันที่ 5 ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับ ความสำคัญในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาสีงแวดล้อม การป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ การผ่อนคลาย โดยการบรรยายและถามตอบเป็นระยะๆ ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปการดูแลตนเอง ในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างไปฝึกปฏิบัติเองที่บ้านโดยผู้วิจัยโทรศัพท์เพื่อสอบถามผลและอุปสรรคจากการฝึกปฏิบัติอานาปานสติและการดูแลตนเอง 2 ครั้ง และผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ซึ่งสิ้นสุดการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลจากแบบสอบถามชุดเดิม (ครั้งที่ 2) และในช่วงสัปดาห์ที่ 3- 8 ให้กลุ่มตัวอย่างไปปฏิบัติอานาปานสติเองที่บ้าน หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบข้อมูลจากแบบสอบถามชุดเดิม (ครั้งที่ 3) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดโครงการวิจัย

3. ชั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยประเมินจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยแบบประเมินชุดเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และ แบบประเมินความวิตกกังวล

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มประชากร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 40 คน เป็นเพศชาย 14 คน คิดเป็นร้อยละ 35 อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 มีสถานภาพสมรส คู่ เป็นส่วนมาก คิดเป็นร้อยละ 77.5 มีรายได้ในช่วง 1,001-3,000 บาท/เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีค่า CD4 มากกว่า 200 cell/uL คิดเป็นร้อยละ 100 และมีค่า BMI ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 95

2. ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลองที่ 6 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย

$\bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 44.20, 37.70$ (S.D. = 8.250, 5.332) ซึ่งน้อยกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 48.75$ (S.D. = 9.279) และจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ กับก่อนการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย $\bar{X}_{\text{หลังการทดลอง}} = 51.35, 55.20$ (S.D. = 5.334, 4.262) ซึ่งมากกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X}_{\text{ก่อนการทดลอง}} = 47.95$ (S.D. = 5.871) และจากการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ กับก่อนการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ว่ากลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ มีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ร่วมกับการฝึกอานาปานสติสูงกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 อธิบายได้ดังนี้ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความรู้สึกว่าความตายกำลังรออยู่ รู้สึกหมดหวัง คิดเวียนวนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความตายจากโรค จนมีพฤติกรรมเปลี่ยน แสดงออกต่างๆ เช่น แยกตัวเอง วิดกกังวล คุร้าย หรือเฉยเมย เป็นต้น (Belcher et al, 1989; Bradley Springer, 1995; ทศนา บุญทอง, 2534) สิ้นหวัง และ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลใดๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการควบคุมตนเองในการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (Lang, 1993) เมื่อได้ฝึกให้เกิดความสงบในจิตด้วยการเพ่งไปที่จุดลมหายใจกระทบที่ผนังจมูก ขณะหายใจเข้าและออกนั้นมีผลให้ลดสิ่งเร้าหรือสิ่งคุกคามต่อจิต ทำให้จิตสมดุลและส่งผลให้เกิดการตอบสนองของระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายโดยทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบต่อมไร้ท่อ โดยระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานมากขึ้นอย่างสมดุลทำให้ร่างกายหายใจช้าลง ซึ่งพละและความดันโลหิตลดลง ฮอริโมนคอร์ติซอลลดลง (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ส่งผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย จึงส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Stem, 1977; Ross, 1977; Nidich & Seeman, 1977 อ้างใน วีระเทพ ปทุมเจริญวัฒนา, 2539) ซึ่งตรงตามแนวคิดความสัมพันธ์ของกายและจิตที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาของนวลพรรณ นิยมคำ (2543) พบว่า การฝึกเพื่อให้เกิดความสงบทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน สอดคล้องกับ พิศ เภาเกาะ (2530) ที่กล่าวว่า การปฏิบัติสมาธิมีผลทำให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตดีขึ้น และจากการศึกษาของพัทยา จิตสุวรรณ (2535) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึก สุนันทา กระจ่างแดน (2540) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายการทดลองความเครียดลดลงและระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง และพรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่าความเครียดของมารดาหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึก

ซึ่งสรุปได้ว่าการปฏิบัติอานาปานสติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อด้านจิตใจและด้านสรีรวิทยา เช่น งานวิจัยของนัยนา รัตนมาศทิพย์ (2531) ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) และดวงกมล พึ่งประเสริฐ (2534) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงจะมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อได้รับการบำบัดด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค การฝึกสมาธิ (Meditation) และสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้ติดเชื้อมีปัจจัยสนับสนุน คือ สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง

เพราะมีความศรัทธาและตั้งใจในการทำสมาธิ มีอิสระในการเลือกท่า เช่น ทำนั่งขัดสมาธิ ทำนั่งบนเก้าอี้ ทำเดินจงกรม ทำนอน ในการปฏิบัติตามความถนัดและเลือกเวลาตามความเหมาะสมของแต่ละคน

เนื่องจากผู้วิจัยเห็นการให้อิสระแต่อยู่ในขอบเขตของกิจกรรมที่กำหนดเป็นการไม่เพิ่มความกดดัน เพราะพื้นฐานของการฝึกสมาธิปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญคือ มีความสนใจ ตั้งใจ ละสิ่งที่จะทำให้เกิดกังวล เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ทั่วไปจะมีสมาธิอยู่แล้ว (โรจนรุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2549) ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื่อหลังจากได้เริ่มฝึกโดยเริ่มตั้งแต่สวดมนต์ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในการทำให้จิตใจจดจ่ออยู่กับเสียงที่ผ่านเข้ามาพร้อมกับบทสวดที่ต้องให้ความสนใจ และค่อยๆ มีการพัฒนาจิตใจให้มีการจดจ่ออย่างต่อเนื่องที่ลมหายใจเข้าหายใจออกที่กระทบที่ผ่นงจุมกเพียงจุดเดียวให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนทำให้จิตมีความตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์ (ความรู้สึ) เดียว ไม่ฟุ้งซ่าน และปัญญามากขึ้น มี ก็จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื่อได้ฝึกอาปาปานสติไปเพียง 2 สัปดาห์พบว่าคะแนนความวิตกกังวลลดลง $\bar{X} = 44.20$ (S.D.=8.250) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ คะแนนความวิตกกังวลลดลงยิ่งขึ้น $\bar{X} = 37.70$ (S.D.=5.332) แม้ว่าผู้ติดเชื่อจะไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน

เมื่อระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื่อลดลงมาในระดับปกติแล้วจะส่งผลให้มีการรับข้อมูลดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีผลให้ความวิตกกังวลลดลงได้ เช่นการศึกษาของ ทศมา โรจนประดิษฐ์ (2541) พบว่าหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนและให้ข้อมูลมีความวิตกกังวลลดลง และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้น เช่น ขั้นตอนปฏิบัติ ด้านความรู้สึที่ว่าจะเกิดขึ้น จะช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวลได้ (Johnson et al. cited in Hartfield & Cason, 1981) ดังเช่น การศึกษาของ Siegel & Peterson (1980) ในผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนขณะเข้ารับการรักษาโรคฟัน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลมีระดับความเครียดและความวิตกกังวลลดลง (กลอยใจ มีเครือรอด, 2540) เมื่อระดับความวิตกกังวลลดลงมีผลให้เกิดกระบวนการรับรู้ และเรียนรู้ดีขึ้นและ สามารถนำข้อมูลที่ได้รับซึ่งสอดคล้องกับความต้องการจึงทำให้มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้

สำหรับการศึกษาของสุพัตรา ไตรอุดมศรี ชอลดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มไชยอรุณเมือง (2541) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับข้อมูลจะเกิดการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการรับรู้และเกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง การดูแลตนเองด้านต่างๆ ผลดีที่เกิดจากการดูแลตนเอง ที่ได้เตรียมไว้อย่างเป็นระบบ มีแบบแผนและวิธีการดำเนินการอย่างมีขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ติดเชื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้และมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลตนเองหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย และทำให้ผู้ติดเชื่อค่อยๆ ลดตามด้วยเหตุผลที่พบว่า การ

รับประทานอาหารที่ถูกต้อง การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพส่วนบุคคล ฯลฯ มีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและทำให้ชะลอการดำเนินของโรค จึงส่งผลดีโดยทำให้ผู้ติดเชื้อมีความวิตกกังวลลดลง

ซึ่งสอดคล้องกับจากการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าหลังจากผู้ติดเชื้อมีระดับความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับปกติ สังเกตได้ว่าความสนใจในการรับรู้ข้อมูลเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมเกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีขั้นตอน โดยมีการเตรียมข้อมูลซึ่งคาดว่าจะตอบสนองตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และเพื่อให้เข้าใจและเห็นประโยชน์ถึงความจำเป็นของการดูแลตนเองในระยะต่างๆ จนมีการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ก่อนการทดลองผู้ติดเชื้อไม่มีความเข้าใจถึงประโยชน์ของการรับประทานผลไม้ หลังจากได้รับข้อมูลแล้วพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเอง และพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น ดังผลการวิจัยครั้งนี้หลังสิ้นสุดการทดลองทันที คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง $\bar{X} = 51.35$ (S.D.=334) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 6 สัปดาห์ คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น $\bar{X} = 55.20$ (S.D.=4.262) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 42 คน มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและอาการเจ็บป่วยน้อยลง และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการวิจัย 1-2 เดือนและมีความคงตัวไป 6 เดือน และ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ได้ศึกษาพบว่า เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ติดเชื้อจะมีการยอมรับและปรับวิถีชีวิต มีการหาแนวทางในการดูแลตนเอง มีการขอความช่วยเหลือจากบุคคลากรในด้านสุขภาพหรือไม่ใช่บุคคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งบุคคลใกล้ชิด มีการแสวงหากลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

ดังนั้นสรุปได้ว่าการฝึกอานาปานสติและการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีผลต่อการลดวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อมีการนำทั้ง 2 วิธีมาใช้ร่วมกันจึงทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลงและขณะเดียวกันเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมทางการพยาบาลที่มีการผสมผสานครั้งนี้ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีระดับความวิตกกังวลลดลง เพราะการฝึกสมาธิมีผลทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง ขณะเดียวกันเมื่อจิตเกิดความสงบมีผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนแปลงไปทางในทางสมดุล ซึ่งสรุปได้ว่าผลจากการฝึกอานาปานสติทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลงได้ในระดับหนึ่ง และการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจะส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และเมื่อจิตเกิดสมาธิทำให้เกิดการรับรู้ เกิดกระบวนการตัดสินใจ มีการปรับพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และมีผลให้เกิดการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้

ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ร่วมกับการฝึกอานาปานสติน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติสูงกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 อธิบายได้ว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งได้มีการฝึกเพื่อให้จิตมีพลังในการควบคุมสิ่งคุกคามที่กระทบต่อจิตใจได้ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงเพราะขณะที่จิตเกิดความสงบเนื่องจากการกำหนดรู้ลมหายใจที่ผ่านเข้าออกที่บริเวณจมูกตรงจุดของลมกระทบ แล้วคอยสังเกตการระลึกรู้ที่อยู่ในทุกขณะ ที่ลมหายใจมากระทบกับผนังช่องจมูก ก็จะทำให้เกิดความรู้สึก (ใช้ประสาทสัมผัส) (โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ, 2549) เมื่อจิตสงบทำให้การทำงานน้อยลงของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดการหลั่ง lactase ทำให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา กระจ่างแดน (2540) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายความเครียดลดลงและระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง

เมื่อจิตใจเกิดความสมดุลจะมีผลต่อการทำงานของระบบการทำงานของร่างกายตามแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ (Mind – Body Connection) (Well-Federman, 1995 อ้างถึงใน อัจฉรา นุตตะโร, 2546) ซึ่งอธิบายว่าร่างกายและจิตใจสัมพันธ์กันโดยมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบฮอร์โมนเป็นหลัก กล่าวคือเมื่อใดที่ร่างกายตึงเครียด จะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น และเมื่อร่างกายอยู่ในภาวะผ่อนคลายทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำงานมากขึ้นอย่างสมดุลจะทำให้ร่างกายหายใจช้าลง ชีพจรและความดันโลหิตลดลง กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ความรู้สึกคลายความกังวลได้ ขณะที่ความวิตกกังวลลดลงมีผลให้มีการรับข้อมูลได้ดีขึ้น ประกอบกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจากผู้วิจัย ใช้ภาษาท้องถิ่นทำให้ลดช่องว่างของการสื่อสาร จึงทำกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความรู้สึกที่ดี กล่าวสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่จัดให้โดยไม่ต้องรอให้ซักถาม (Jonhson & Robert, 1996) มีเนื้อหาเข้าใจง่าย จึงช่วยให้ผู้ติดเชื้อเกิดการเรียนรู้ มีการปรับกระบวนการคิดได้ดีขึ้น และเตรียมพร้อมในการดูแลตนเองและพร้อมเผชิญสถานการณ์ที่จะเกิดจากการดำเนินของโรค

จากการศึกษาของวิภาภัทร ชังขาว (2544) พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยมีผู้ป่วยระยะวิกฤติที่จะได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจจำนวน 32 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายโดยการบริหารการหายใจในกลุ่มทดลองจำนวน 16 ราย ผลการวัดความวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคการผ่อนคลายมีความวิตก

กังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการดูแลจะมีผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น คือความวิตกกังวลลดลง เนื่องจากได้มีการเรียนรู้ด้วยการพัฒนาให้จิตใจที่ถูกคุกคามจากความรู้สึกว่าจะต้องอยู่กับความตาย ให้มีจิตใจที่สงบด้วยการเพ่งอยู่กับลมหายใจที่ภาชนะที่ผนังจุ่มก จนมีผลให้ระบบการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติละการทำงานของต่อมไร้ท่อเกิดความสมดุลและทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อและส่งผลโดยทำให้ความรู้สึกวิตกกังวลลงได้ และร่วมกับการได้รับรู้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการอย่างเป็นระบบก็ส่งผลให้เกิดกระบวนการคิดที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่าหลังจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นและอาการเจ็บป่วยลดลง และการศึกษาของ สุพัตรา ไตรอุดมศรี, ชอลดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มไชยอรุณเมือง (2541) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับข้อมูลมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและมีพลังอำนาจภายในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการรับรู้และเกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ในขณะที่ผู้ติดเชื้อซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติไม่ได้เกิดการฝึกการดูแลด้านจิตใจโดยตรงจึงยังคงมีความรู้สึกเดิมอยู่

นอกจากนั้นผลจากการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความสามารถในการควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากขณะที่จิตมีสมาธิจะส่งผลให้มีการรับรู้ข้อมูลดีขึ้นและขณะเดียวกันมีผลให้ระบบการทำงานของร่างกายเข้าสู่ภาวะสมดุล ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของพัทยา จิตสุวรรณ (2535) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมกลุ่มที่ได้รับการฝึกอานาปานสติมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึก สุันทา กระจ่างแดน (2540) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุภายหลังการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายการทดลองความเครียดลดลงและระดับความดันโลหิต systolic และ diastolic ลดลง และพรทิพย์ อนันตกุล (2544) ศึกษาผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวจริยศาสตร์ ต่อความเครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งพบว่าความเครียดของมารดาหลังการฝึกต่ำกว่าก่อนการฝึกซึ่งพบว่าอานาปานสติก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นต่อด้านจิตใจและด้านสรีรวิทยา

จากการวิจัยครั้งนี้จากการสอบถามพูดคุยพบว่าที่ผ่านมานี้ไม่เคยทราบเหตุผลที่ต้องทำกิจกรรมในการดูแลตนเองจึงไม่ได้ให้ความสำคัญจึงไม่คิดที่จะดูแลตนเอง และในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงเหตุผลในการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง เช่น เลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการรับประทานของหมักดอง สนใจการรับประทานผลไม้เพิ่มขึ้น มีการพัฒนาเรื่องสิ่งแวดล้อม โดยการเปิดให้แสงเข้าห้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่าบุคคลจะดูแลตนเองต้องผ่านกระบวนการคิด ตัดสินใจ

ก่อนปฏิบัติ และความสามารถในการดูแลตนเองไม่ได้มีมาแต่กำเนิด แต่สามารถพัฒนาได้เมื่อมีการเรียนรู้

สำหรับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระดับความวิตกกังวลไม่ได้ลดลงและความสามารถในการดูแลตนเองลดลงอาจเนื่องจากอยู่ในระยะเวลาที่ปรับตัว

ข้อเสนอแนะ

1. การปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลควรเข้าใจถึงความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อว่าเกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรและมีความหมายอย่างไร รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของทั้งผู้ติดเชื้อและการเผชิญกับความวิตกกังวลในระหว่างการติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้การให้คำแนะนำและการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลย่อมเป็นไปได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อ

1.2 พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม ควรประเมินความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะที่ระดับ CD4 ลดลง การพยาบาลและคำแนะนำที่ให้การปรับให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าการพยาบาลที่ให้ในปัจจุบันที่ให้

1.3 การให้ข้อมูลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีขั้นตอนที่เป็นระบบ มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายเหมาะสมกับระดับความรู้ของแต่ละบุคคล และการให้ข้อมูลข่าวสารควรจัดให้สอดคล้องกับความต้องการในแต่ละระยะของอาการ

1.4 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีพื้นฐานเดิมในปฏิบัติอานาปานสติ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สมัครเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีความกระตือรือร้น โดยในระยะแรกต้องพูดนำ สอบถามปัญหา และเมื่อเวลาผ่านไปจะกล้าซักถามมากขึ้น โดยต้องใช้เวลาในการตั้งคำถาม โดยพยาบาลต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเกิดความใจไว้วางใจ และต้องมีความรู้ หรือทักษะมาก เพราะต้องมีความลึกให้หลากหลายเพราะแต่ละคนมีข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ใช้ควรมีพื้นฐานในการปฏิบัติอานาปานสติด้วย

1.5 จากผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น ดังนั้นน่าจะนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตใจได้

1.6 ในการนำผลการวิจัยไปใช้นั้นควรได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเนื่องจากต้องใช้เวลาในการฝึก และบุคลากรควรได้รับการสนับสนุนในการศึกษาเรียนรู้การดูแลด้านจิตใจด้วยวิธีอื่นๆ และในการฝึกอานาปานสติปัจจุบันพบว่าใช้เวลา 3 วันก็เห็นผล แต่กลุ่มตัวอย่างต้องมีความสนใจและศรัทธาในการปฏิบัติอานาปานสติด้วย

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1. ศึกษาความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่างๆ

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในระยะต่างๆ

2.3 ควรมีการศึกษาติดตามไปเรื่อยๆ เพื่อดูถึงความต่อเนื่องของการปฏิบัติ และสามารถทราบถึงระยะเวลาที่ควรกระตุ้นซ้ำได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกเลขา แก้วสว่าง. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญจน ดิวิเศษ และคณะ. 2537. การแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์แผนไทย.
- กัญจนี พัทธิมะ. 2530. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ผ่านมาตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา สรรพอุดม. 2546. ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและดนตรีบำบัดต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมระยะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตบัณฑิต วิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กฤษะวี วิวัฒน์ชีวิน. 2541. ผลของการสะท้อนคิดด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษณี คำจันทร์. 2546. ผลของกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อความเครียดและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกียรติ รัชรัฐธรรม. 2541. การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอดส์: การวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์สมิตรพรินต์ติ้ง.
- ก่องแก้ว เจริญอักษร. 2545. การพัฒนาบุคลิกภาพตามแนวพุทธ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรองกาญจน์ สังกาศ. 2537. ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุดมเหล่า และพูนทรัพย์ ไสภารัตน์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ. 2542. ความรู้ทางอายุรศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขวัญตา เพชรมณีโชติ . 2543. ผลการฝึกสมาธิตามแบบพุทธวิธีต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือกลำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. 2542. แนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางเลือกลำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.

โครงการสวัสดิการวิชาการ สบช. 2538. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. โรงพิมพ์สามเจริญ กรุงเทพฯ.

จริยวัตร คมพยัคฆ์, อุษาพร ชวลิตนิธิกุล, ชุตติมา อัดถากรโกวิท, ภาตรี โอภาส และอรชร ณ ระนอง. 2537. รายงานการวิจัยเรื่อง การรับรู้ ความต้องการ และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีและครอบครัว.

จันทร์แรม กิจเหมาะ. 2539. ประสิทธิผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

จามจุรี แซ่หลู่. 2543. การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จิราภรณ์ ทองสุโชติ. 2535. ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่ โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จำลอง ดิษขวณิช และพริ้มเพรา ดิษขวณิช. 2545. ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

ใจรัตน์ ศุภกุล. 2530. ผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูทิพย์ ปานปรีชา. 2539. ความเครียด. สยามโพสต์. 28 พ.ค.:1.

ชื่นจิตร สมจิต. 2545. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ต่อความกลัวของเด็กวัยก่อนเรียนก่อนการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ชมชื่น สมประเสริฐ. 2526. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐนาฏ สระอุบล. 2540. ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวล
ในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในเรือนจำ มณฑลทหารบกที่ 11. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาเนียล อี ปอนเซ. 2539. พุทธศาสนาเป็นการบำบัดทางจิตหรือไม่. วารสารพุทธศาสนศึกษา. 3:
63-73.
- ดวงกมล พึ่งประเสริฐ. 2534. ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
สตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ถนอมศักดิ์ ทองมัน. 2547. การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ในโครงการธรรมรักษ์
นิเวศน์ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวช
ศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอมศักดิ์ อเนกนันทน์. 2546. การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ใน พรรณพิศ สุวรรณกุล, ธีระพงษ์
ต้นทวีเชียร, ศศิธร ลิขิตนุกูล (บรรณาธิการ) Current Practice in Common Infectious
Diseases. สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีชาอุษาการพิมพ์.
- ถนอมศรี คูอาริยะกุล. 2538. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อ
ความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนา บุญทอง. 2534. มโนคติของจิตวิญญาณการพยาบาล ใน อรพินธ์ วีระฉัตร (บรรณาธิการ)
การประชุมวิชาการ เรื่องการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- ทศมา โจรนประดิษฐ์. 2541. ผลการสนับสนุนและให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ
ในการพยาบาลของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. 2537. เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นที เกื้อกูลกิจการ. 2530. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยหอบหืดที่เกิดจากการออกกำลังกาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นภาพวรรณ จันทร์สว่าง . 2545. เอดส์ : มหันตภัยร้ายแห่งศตวรรษที่ 21. เนชั่นสุดสัปดาห์. 11(548): 86-87.

นันทวัน ยันตะดิติก และคณะ. 2543. รู้ทันเอดส์. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

นาฏยา เคื่องไพโรจน์. 2535. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิศารัตน์ เขตวรรณ. 2543. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงลักษณ์ จุฑาจินดาเขต. 2540. ผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเข้มแข็ง ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นวลจันทร์ พูลสมบัติ และคณะ. 2537. รายงานผลการวิจัยเรื่อง ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.

นำพิชญ์ ธรรมนิเวศน์. 2539. ผลของเทคนิคการผ่อนคลายต่อความพึงพอใจในการหลับในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่อยู่ในเครื่องดัดวงกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุษดี ศรีคำ. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบญจา เตากล้า. 2541. บทบาทของพยาบาลในการสอนผู้ป่วย: ความต้องการจำเป็นของสังคม. สารสภากาพยาบาล.13(1); 18-23.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปนัดดา ปริญญาฤกษ์. 2540. เอดส์: การยอมรับและการช่วยเหลือจากสังคม. วารสารพยาบาลศาสตร์. 15(1): 2-7.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. 2536. โรคเอดส์และตัวท่าน ปี 2536. โครงการสภาการศึกษาไทย.
- ประภา รัตนเมธานนท์. 2532. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาศรี จีระยิ่งมงคล. 2536. ผลของการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527. องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2533. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดีแอนด์เอส.
- ประเสริฐ เศษะบุญ. 2543. สมาธิกับการบำบัดโรคเอดส์. AIDSnet newsletter. 2(1) (ม.ค.-มี.ค. 2543):14-21.
- ปานัน บุญหลง. 2528. การพยาบาลจิตเวช เล่ม 1. เชียงใหม่: เชียงใหม่สหนวิกิจ จำกัด.
- ปิยรัตน์ นิลชัยยกา. 2537. ผลกระทบของการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ต่อบุคคลในครอบครัวและชุมชน. ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, อะเคื้อ อุดมเหล่า และพูนทรัพย์ ไสภรัตน์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยรัตน์ สิ้นพิศุทธ์. 2546. ประสบการณ์การเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่ยังไม่ปรากฏอาการ: กรณีศึกษาในภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารวิจัยทางการพยาบาล 7: 199-212.
- เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. 2536. แรงบันดาลใจทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพโรมาษณ์ บิณฑจิตต์. 2544. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรชัย เรือนสิทธิ์. 2545. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พัชรพร ลัดดาพงศ์. 2543. ผลการปฏิบัติสมาธิแนววัดคอยเก็งแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้การรับรู้พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิทยา จิตสุวรรณ. 2535. ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระธรรมปิฎก. 2539. วิถีชีวิตตามหลักพุทธธรรม. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- พระธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุตโต). 2539. สมาธิ: ฐานสู่สุขภาพจิตและปัญญาหยั่งรู้. พิมพ์ครั้งที่ 4; กรุงเทพฯ: ศยาม.
- พระรัตน์ รตนาญาโณ. 2541. คู่มือการฝึกนั่งสมาธิเพื่อการพัฒนาจิตและกาย. กรุงเทพฯ : นานาสิ่งพิมพ์.
- พระราชญาณวิสุทธิโสภณ (ท่านอาจารย์พระมหาบัว ญาณสัมปัณโณ). 2542. ความสำคัญแห่งจิต. กรุงเทพฯ : ดับเบิ้ลนายน์ พริ้นติ้ง .
- พิกุล นันทชัยพันธ์. 2539. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์พร จีระวัฒนากุล. 2546. ผลของดนตรีประเภทมโหรีต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตรและศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิศ เสงเกาะ. 2530. การบำบัดความทุกข์ด้วยพลังจิต. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์.
- พิทยาภรณ์ แก้วทิพย์. 2546. การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พุทธทาสภิกขุ. 2535. อานาปานสติสมบูรณแบบ. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พุทธทาสภิกขุ. 2533. วิธีฝึกอานาปานสติเบื้องต้น การรักษาและการพัฒนาจิตใจให้ สะอาด สว่าง สงบ. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พุทธทาสภิกขุ. 2535. ความมีสุขภาพอนามัยทางจิต. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- พรทิวา อินทร์พรหม. 2539. ผลการดูแลสุขภาพอนามัยต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ อนันตกุล. 2543. ผลของการฝึกอานาปานสติร่วมกับการแก้ปัญหาแนวอริยสัจสี่ ต่อความ

เครียดของมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรประภา โลงนะวงศกร. 2541. เปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อน
กำหนดต่อระดับความเครียดของมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภราดา นานาศิลป์ และพรรณวดี ตันติศิรินทร์. 2543. ความเครียด การเผชิญความเครียด และการ
ดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น .

มรรยาท ณ นคร, สิริรัตน์ หาญวงศ์, บุปผา จันทจรวิธ และพรรณงาม พิมพ์ชู. 2543. รายงานวิจัย:
ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ในการปฏิบัติตัวและความวิตกกังวลใน
ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงในร่างกาย. คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

मितชูโอะ คเวสโก. 2544. อานาปานสติ: วิธีแห่งสุข 1. พิมพ์ครั้งที่ 4 วิริยะการพิมพ์ กรุงเทพฯ.

मितชูโอะ คเวสโก. 2544. อานาปานสติ: วิธีแห่งสุข 2. พิมพ์ครั้งที่ 4 วิริยะการพิมพ์ กรุงเทพฯ.

मितชูโอะ คเวสโก. 2548. คู่มือเบื้องต้น อานาปานสติ. พิมพ์ครั้งที่ 12 เพ็ญฟ้า กรุงเทพฯ.

ยุวดี ภาชา และคณะ. 2540. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์
การพิมพ์จำกัด.

รัตนา อยู่เปล้า. 2543. ผลการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกใน
ครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รจนา วิริยะสมบัติ. 2540. ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ปรึกษา
อาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยมหิดล.

รสสุคนธ์ วาริตสกุล, แสงหล้า พลนอก, ชุติกร ด้านยุทธศิลป์, มัลลิกา ตั้งคำวานิช, ประภา ลี้ม
ประสูตร. 2544. รายงานวิจัย: การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่
ร่วมกับครอบครัว. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

โรจน์รุ่ง สุวรรณสุทธิ. 2549. คำบรรยายประกอบการฝึกอานาปานสติสำหรับประชาชน.
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ละเอียด ชูประยูร. 2539. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ
การให้บริการ (อัดสำเนา) ในคลินิกคลายเครียด.

- จะนิดา น้อยมนตรี. 2547. จิตวิญญาณญาณและความต้องการด้านจิตวิญญาณตามประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ไควระยะไม่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา อินทราชา. 2538. ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วริยา ชินวรรณ, วาริญา ภวภูตานนท์ ณ มหาสารคาม, พระมหาสมศักดิ์ จันทสีโล, สุภัทร ปัญญาทีป และนุรณี เกตุทัตสา. 2548. สมาธิในพระไตรปิฎก. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา ครุฑแก้ว. 2540. ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิรัช นิราวุธ. 2539. วิถีทางแห่งพุทธศาสนกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์กรณีศึกษา: การฝึกสมาธิเพื่อสุขภาพ ณ วัดดอยเก็ง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 5(1):8-16.
- วิภาภัทร ชังขาว. 2544. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. 2523. คู่มือทางการแพทย์เรื่องโรคประสาทและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ โรงพิมพ์บำรุงนุกุลกิจ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. 2538. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. 2533. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอดส์ไควของประชาชนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. กรุงเทพฯ: มงคลการพิมพ์.
- วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์. 2546. กลุ่มอาการที่เกิดจาก Immune Restoration ภายหลังได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ไคว ใน พรรณพิศ สุวรรณกุล, ธีระพงษ์ ตันทวิเชียร, ศศิธร ลิขิตนุกุล (บรรณาธิการ) Current Practice in Common Infectious Diseases. สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ศรีชาัญการพิมพ์.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. 2543. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ. วารสารโรคติดต่อ 26(1): 8-16.
- สนอง วรอุไร. 2543. การบริหารจิต. วารสารสวนปรุง. 16(2): 63 -73.

- สายชล จันทร์วิจิตร. 2539. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อภาวะฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรพล สุวรรณกุล, อุษา ทิสยากร และมัทนา หาญวนิชย์. 2535. เอดส์: การดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2544. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3.
- สุพัตรา ไตรอุดมศรี, ชอลดา พันธุเสนา และสาวิตรี ลิ้มไชยอรุณเมือง. 2541. ผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 10(2), 17-25.
- สุนันทา กระจ่างแดน. 2540. ผลของการทำสมาธิชนิดอานาปานสติแบบผ่อนคลายในการลดความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณ นุญยะสิทธิ์พรณ. 2545. โรคเอดส์ : การพยาบาลแบบองค์รวม. ภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาติ รัชชกุล และชมพูนุช ไสภจรรย์. 2544. รายงานการวิจัย: ความวิตกกังวลของผู้ที่กำลังจะเป็นพ่อแม่ในระหว่างการตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะเสี่ยงสูง. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาณี กาญจนสร. 2535. ผลของการใช้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะพรีเอ็กเลมเซีย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิษ ปรัชญาปารมิตา. 2541. การแพทย์นอกระบบ 177 ทางเลือกไปสู่สุขภาพ. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2539. ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วย. กรุงเทพฯ : ภาควิชา สังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัครา) (อัครา)
- สุริพร ธนศิลป์. 2538. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ธนศิลป์. 2548. บทบาทของการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2. (อัครา).

- สุดถนอม รอดอ่วม. 2537. ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีที่มารับการปรึกษาที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธิณี วัฒนกุล. 2547. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริลักษณ์ วรรณพงษ์. 2539. วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สินีนุช รัตนสมบัติ. 2540. ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สินีนางู ลิ้มนิยมธรรม. 2546. ผลของการพยาบาลที่เน้นการเตรียมเจ้าหน้าที่ทารกคลอดก่อนกำหนดโดยใช้ทฤษฎีสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2544. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์.
- สมจิต ปทุมานนท์, สุนีย์ ละกำป็น, พิบูล กมลเพชร และอรรธกา ลองคำ. 2541. รายงานการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.
- สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ. 2543. รายงานการวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. 2528. ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมมาตร พรหมภักดี. 2537. การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์. นครปฐม. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข.
- สมพร เจริญชัยศรี, เสาวนีย์ พงษ์, ทศนีย์ นนทะสร, พระศรีวิภาณ วิ. 2542. ประสิทธิผลการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือก ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และ

ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ: การฝึกสมาธิวิปัสสนากัมมัฐานแนวพุทธ. วารสารพยาบาล
สาธารณสุข 13(3):33 - 41.

สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล. 2544. การทบทวนและการสังเคราะห์องค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
และการจัดการของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในบริบทของสังคม วัฒนธรรม
ภาคเหนือตอนบน. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิพัฒนา
เครือข่ายเอดส์.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2545. คู่มือสติบำบัด. กรุงเทพฯ:
อุษาการพิมพ์.

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2548. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อ
ที่มีอาการ. [Online]. Available: http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html [2548,
กุมภาพันธ์, 28].

อมิตา อริยธรรมา. 2547. สมาธิไม่เลือกที่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรุงเทพ.

อมิรดี เขมมะวนิช. 2541. การดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อไอวี/
ผู้ป่วยโรคเอดส์. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อพัชชา ผ่องญาติ. (2543). การส่งเสริมการปฏิบัติสมาธิ แนวพุทธศาสนาเพื่อลดความวิตกกังวล
ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาเอกวิชาวพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัจฉรา ต้นศรีรัตนวงศ์. 2541. การเฝ้าระวังด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อไอวีที่นับถือพุทธ
ศาสนา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุบล นิวัฒน์ชัย. 2528. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุบล จ้างพานิช. 2538. ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้าน
จิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์ และคณะ. 2547. รายงานการศึกษาเชิงลึกกระบวนการการใช้แพทย์
ทางเลือกในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อไอวีและผู้ป่วยเอดส์.

อุรวาดิ เจริญไชย. 2543. ผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ความรู้สึก และ
คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่

ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 23(2-1), 15-28.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2543. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรถ ไสมนรินทร์. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรไท พิพิธพัฒน์ไพสิฐ. 2547. การปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย. 2541. อยู่อย่างไรไม่กลัวเอดส์. กรุงเทพฯ: ปกเกล้าการพิมพ์.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2537. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: ธรรมสาร จำกัด.

อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาอังกฤษ

Alder, M.W. 1988. AIDS and Introduction. Medicine International. 3 (March). 2326-2330.

Anderson, M.P. 1986. "Stress Management for Chronic Disease: An Overview". Stress Management for Chronic Disease. New York: Pergamon Press.

Barry, P.D. 1996. Psychosocial nursing (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Brown, S.M. 1990. Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus diseaes. Journal of Advanced Nursing, 15,962-970.

Burns, N., & Grove, S.K. 2001. The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization. 4th ed. New York: W.B. Saunders.

Carson, B. V., & Arnold, N.E. 1996. Mental health nursing: The nurse patient journey. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Clark, S., Fontaine, D.K., & Simpson, T. 1994. Recognition, assessment, and treatment of anxiety in critical care setting. *Critical Care Nurse*, 14(4), 2-14.
- Dipasquale, J.A. 1990. "The Psychological Effects of Support Groups on Individuals infected by the AIDS Virus". *Cancer Nursing*. 13: 278.
- Donlou, J.N., Wolcott, D. L., Gottlieb, M.S., & Landsverk, J. 1985. Psychosocial aspects of AIDS and AIDS-related complex: A pilot study. *Journal of Psychosocial Oncology*,3, 39-55.
- Donovan, M.I. and Girton S.E. 1984. Cancer Care Nursing. Connecticut:: Appleton-Century-Crofts.
- Duffy, B. 1997. Using a creative teaching process. *Home Health Care Nurse*, 15(2), 102-108.
- Endler N.S. & Edwards, J. 1982. Basic Psychological Process. In Goldberger, L. & Brenitz, S. (Eds.). Handbook of stress: Theoretical and Clinical Aspects. 40-48. New York: Free Press.
- Flaskerud J.H. 1994. HIV/AIDS a guide to nursing care. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Flaskerud J.H. 1995. Overview of HIV disease and nursing. In H.J. Flaskerud & P. J. Ungvarski (Eds.). HIV/AIDS: A guide to nursing care (3rd ed.). Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Fryback, P.B., & Reinert, B.R. 1997. Alternative therapies and control for health in cancer and AIDS. *Clinical Nurse Specialist*, 11(2). 4-69.
- Gakins, S., & Brown, K. 1992. Psychosocial responses among individuals with human immunodeficiency virus infection. *Applied Nursing Research*, 5(3). 111-121.
- Green, J.A. 1989. Anxiety and anxiety disorder . In B.S. Johnson (Ed.), *psychiatric-mental health nursing : Adaptation and growth* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Greif, J., & Golden, B.A. 1994. AIDS care at home: A guide for caregivers, loved ones, and people with AIDS. New York: John Wiley & Sons.
- Grimm, P.M. 1997. Measuring anxiety. In Frank- Stromborg, M., & Olsen, S.J. (Eds.). Instruments for clinical health-care research (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett.

- Gorman, L.M., Sultan, D.F. and Raines, M.L. 1996. Davis's Manual of Psychosocial Nursing in General Patient Care. Philadelphia: F.A. Davis.
- Hartfield, M. T., Cason, C. L., & Cason, G. I. 1982. Effect of information about a threatening procedure on patients expectations and emotional distress. Nursing Research, 31,202-206.
- Hayes, J., & Cox, C. 1999. Immediate effects of a five minute foot massage on patients in critical care. Intensive and Critical Care Nursing. 15, 77-82.
- Hill L. & Smith N. 1985. Self-care nursing. New Jersey: Meridith Publishing.
- Hicks, F. 1992. The power of music. Nursing Time, 85(Oct.). 72-73.
- Houldin, A. D., McCorkel, R., & Lowery, B. J. 1993. Relaxation training and psychoimmunological status of bereaved spouses. Cancer Nursing, 16(1), 47-52.
- Hudak, C.M., Gallo, B. M., & Morton, P.G. 1998. Critical Care Nursing: A holistic approach. Philadelphia:Lippincott.
- Johnson, J. E. 1972. Effect of structuring patient' s expectation on their reaction to threatening events. Nursing Research, 21, 499-503.
- Johnson, J. E. 1993. Progressive relaxation and the sleep of older men and women. Journal of Community Health Nursing, 10(1), 31-38.
- Mullin, I.L. 1996. Nurse caring behaviors for person with acquired immunodeficiency syndrome/human immunodeficiency virus. Applied Nursing Research. 9(1), 18-23.
- O'Connor, A.P., Wicker, C.A., and Germino, B.B. 1990. Understanding the cancer patients for meaning. Cancer Nursing. 13(3): 165-175.
- Orem DE. 1995. Nursing: Concepts of practices. (4th ed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Phipps, W.J. (1999). Factor associated with lack of awareness of HIV infection before diagnosis of AIDS. British American Journal.307 (July). 20-22.
- Orem DE. 2001. Nursing: Concepts of practices. (6th ed.). St.Louis: Mosby Year Book.
- Peplau, H. E. 1992. Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly, 5 (1), 13-18.
- Polit, D.F., and Beck, T. 2004. Nursing Research : Principle and methods. (7 ed). Philadelphia: A Wolters Kluwer Company.

- Polit, D.F. & Hungler, B.P. 1999. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Ragsdale, D. et al. Quality of life hospitalized person with AIDS.1992. Journal of Nursing Scholarship. 24(4): 259-265.
- Shives, L. R. 1990. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Shives, L.R. 1994. Basic concept of psychiatric mental health nursing (3rd ed.). Philadelphia:Lippincott.
- Sheridan, C. L., & Radmacher, S.A. 1992. Health psychology: Challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons.
- Shah & Donald ed. 1982.
- Siegel, L. J., & Peterson, L. 1980. Stress reduction in young dental patients through coping skills and sensory information. Journal of Counseling and Clinical Psychology, 48, 785-787.
- Spiegel, D. 1991. "Stress and Diseases". Psychology Inquiry. 2: 266-268.
- Stuart, G.W. & Sundeen,S.T. 1987. Principles and practice of psychiatric nursing. St. Louis : C.V.Mosby.
- Stuart, G.W. 1995. Anxiety response and anxiety disorders. In Stuart, G.W. & Sundeen, S.T. Eds. Principles and practices of psychiatric nursing. Saint Louis: The C.V. Mosby Co.
- Thomson, J.M., McFarland, G.K., Hirsch, J., Tucker, S.M., & Bovees, A.C. 1989. Manual of clinical nursing (2nd ed.). Philadelphia: C.V. Mosby. 1740-1745.
- Wallace. R.K. and H. Benson. 1972. The Psysiology of meditation. Scientific Americca. 3 (February): 84-92.

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ลวณะสกล. 2547. ผลของการให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อความกลัวของเด็กวัยเรียนโรคไข้เลือดออกแดงกึ่งในช่วงแรกรับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548. การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2549. หลักการเลือกใช้เทคนิคทางสถิติในงานวิจัยพร้อมทั้งอธิบายผลลัพธ์ที่ได้จาก SPSS. กรุงเทพฯ: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- เกรียงศักดิ์ จรรย์ยานนท์. 2542. สมาทิกับคลื่นสมอง. สมาธิ 4. (สิงหาคม). 78-81.
- ฉวี มากพุ่ม. 2530. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอก ณะศิริ. 2529. สมาทิกับคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- นาคยา พึ่งสว่าง. 2545. ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการต้นตัวแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. 2547. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. บริษัทยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2543. สุขภาพทางเลือก: ศาสตร์เพื่อเสริมการดูแลตนเอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 20(2): 63 -73.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. 2546. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- อาจอง ชุ่มสาย ณ อยุธยา. 2533. วิทยาศาสตร์ของการฝึกจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผศ.ดร.กรรณิกาญจน์ สังกาศ

อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ผศ.นพ. ไฉนรุ่ง สุวรรณสุทธิ

อาจารย์พิเศษ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

4. นางสาวพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล

พยาบาลวิชาชีพ 7 ตึกอายุรกรรม โรงพยาบาลกระบี่

5. พระครูกิตติธรรมารักษ์ (ดร. ทวี กิตติญาโณ)

เจ้าอาวาสวัดป่าลิไลย์ ต. ลำป่า อ.เมือง จ.พัทลุง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน เรื่อง “ขั้นตอน และผลที่เกิดขึ้นจากการฝึกอานาปานสติ และการดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี”

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวทางการให้การพยาบาลด้วยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ โดยมีขั้นตอนที่ประกอบด้วย

- 1). การให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการฝึกอานาปานสติ และผลที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดสมาธิการดูแลตนเอง
- 2). การฝึกปฏิบัติสมาธิวิธีอานาปานสติ
- 3). ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จำนวนผู้ป่วย 20 คน

สถานที่ ห้องประชุม โรงพยาบาลกระบี่

ระยะเวลา สัปดาห์ที่ 1 ในวันที่ 1-4 ดำเนินการข้อ 1). และ ข้อ 2). และในวันที่ 5 ดำเนินการข้อ 3).

ผู้สอน พัฒนกร ทองคำ (ซึ่งผ่านการฝึกอานาปานสติ จากวัดสวนโมกข์ จ.สุราษฎร์ธานี และได้ปฏิบัติอานาปานสติในชีวิตประจำวัน)

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้ความเข้าใจ

1. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง
2. ขั้นตอนการฝึกอานาปานสติ
3. ศรัทธาในผลที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดสมาธิ
4. มีทักษะในการทำอานาปานสติ และการดูแลตนเอง

กิจกรรม

- การให้ข้อมูล
- การสาธิต
- การฝึกปฏิบัติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการให้ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-4)

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการ สอน | อุปกรณ์ประกอบการ สอน | การประเมินผล |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>ผู้ติดเชื้อเอชไอวี</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายเกี่ยวกับประโยชน์และกระบวนการของการฝึกอานาปานสติได้ถูกต้อง | <p>บทนำ</p> <p>การติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ที่รุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงได้ทุกขณะ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพยายามฝึกให้จิตใจสามารถจำกัดขอบเขตของสิ่งกระตุ้น ซึ่ง วิธีการอานาปานสติจะช่วยได้มาก ก่อให้เกิดความสงบ และเกิดผลดีต่อการทำงานของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล เป็นต้น</p> <p>การฝึกสมาธิแบบอานาปานสติ หมายถึง การฝึกควบคุมจิตให้แน่วแน่ อยู่ในอารมณ์เดียวโดยใช้ลมหายใจเข้า-ออก เป็นอารมณ์ในการกำหนดรู้ เพื่อให้จิตสงบ ให้จิตได้พักผ่อน เพื่อให้จิตมีกำลังและความเข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่ดี การฝึกสมาธิไม่ใช่การนั่งหลับตาเพื่อพิจารณาเห็น นรก สวรรค์ หรือเพื่อเห็นเลขเห็นหวย การฝึกสมาธิไม่ใช่เป็นเรื่องเฉพาะพระสงฆ์เท่านั้น แต่การฝึกสมาธิเป็นเรื่องของคนทุกคน</p> | <ul style="list-style-type: none"> - บรรยาย - ซักถาม | <ul style="list-style-type: none"> - คู่มือสร้างภูมิคุ้มกันด้วยอานาปานสติ | <ul style="list-style-type: none"> - สังเกตจาก ความสนใจของผู้ติดเชื้อ |

แผนการให้ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-4)

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการ สอน | อุปกรณ์ประกอบการ สอน | การประเมินผล |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>-อธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ และกระบวนการของการฝึก อานาปานสติ</p> | <p>ประโยชน์ของการฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิมีประโยชน์มากมาย เช่น ร่างกายได้ พักผ่อน จิตได้ผ่อนคลาย จิตสงบไม่ฟุ้งซ่าน สามารถช่วยให้ ควบคุมตนเองได้ดี ผิวพรรณผ่องใสเพราะมีจิตใจที่สงบ ฯลฯ เพราะจากการศึกษาพบว่าขณะอยู่ในสมาธิมีการเปลี่ยนแปลง ใน มีผลทำให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย การเผาผลาญของ พลังงานในร่างกายลดลง ร่างกายอยู่ในสภาวะพักผ่อน จิตใจ สบาย และเป็นสุข คลายความวิตกกังวล และความซึมเศร้า</p> <p>ปัจจัยที่เกื้อหนุนต่อการฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิจะเกิดผลดีและจิตมีสมาธิเร็วขึ้นโดย อาศัยปัจจัยที่เกื้อหนุนต่าง ๆ เช่น ผู้ฝึกเป็นคนมีศีลมีธรรม สถานที่ฝึกเงียบสงบ เลื่อมใสในพระพุทธศาสนา เชื่อมั่นใน ตนเองว่าจะสามารถฝึกสมาธิได้ดี</p> | <p>- บรรยาย</p> | <p>- คู่มือสร้างภูมิคุ้มกันด้วย อานาปานสติ</p> | <p>- สังเกตจาก ความสนใจของ ผู้ติดเชื้อ - ตอบคำถามได้ ถูกต้อง</p> |

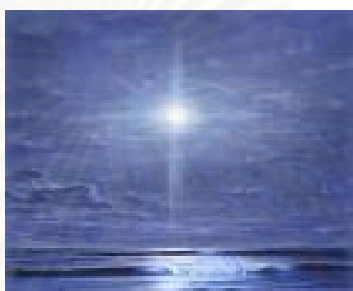
แผนการให้ข้อมูล (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1-4)

| วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม | เนื้อหา | กิจกรรมการ สอน | อุปกรณ์ประกอบการ สอน | การประเมินผล |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>- อธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ และกระบวนการของการฝึก อานาปานสติ</p> | <p>อุปสรรคของการฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิ อาจจะได้ผล ได้ผลช้า หรือได้ผลน้อย หากมีสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่าง ๆ เช่น การมีความอยากหรือมี ความต้องการต่าง ๆ เกิดขึ้นขณะฝึกสมาธิ จะทำให้จิตไม่สงบ การรบกวนทางหวนอน หดหู่ เซื่องซึมจะทำให้จิตใจ ท้อแท้ไม่สงบ การมีจิตร้อรอน หรือกังวลใจในเรื่องต่าง ๆ ก็ทำ ให้จิตใจไม่สงบ หรือการมีความลังเลสงสัยว่าการฝึกสมาธิจะ เกิดผลดีหรือไม่อย่างไร เป็นต้น หากมีสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นภายใน จิตใจแล้ว จะทำให้การฝึกสมาธิไม่ได้ผลหรือได้ผลช้า ดังนั้น ต้องพยายามขจัดสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาให้ได้ เพื่อการฝึกสมาธิจะ ได้เกิดผลโดยสมบูรณ์</p> <p>อารมณ์ ความรู้สึกต่าง ๆ ในขณะฝึกสมาธิ อารมณ์ ความรู้สึก หรืออาการต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึง จิตที่ไม่ สงบ เช่น อาการปวดตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความรู้สึก</p> | <p>- บรรยาย</p> | <p>- คู่มือสร้างภูมิคุ้มกันด้วย อานาปานสติ</p> | <p>- สังเกตจาก ความสนใจของ ผู้ติดเชื้อ</p> |

(ตัวอย่างคู่มือ)



การฝึกอานาปานสติ
สำหรับผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง



ผู้จัดทำ

นางพัฒนกร ทองคำ
นิสิตปริญญาโทคณะพยาบาลศาสตร์
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

| | |
|-------------------------|----|
| บทนำ | 1 |
| ความหมายอานาปานสติ | 2 |
| ผลของอานาปานสติ | 3 |
| ขั้นตอนการฝึกอานาปานสติ | 6 |
| สรุป | 13 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

การติดเชื่อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงสำหรับบุคคลและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ(ความรู้สึก) เป็นสิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงง่ายและหลากหลายซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ขึ้นกับสิ่งกระตุ้น ดังนั้นการฝึกให้มีความสามารถในการจำกัดขอบเขตของสิ่งที่มีกระตุ้นเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญ

ซึ่งวิธีการฝึกสมาธิเป็นวิธีที่ง่ายมีหลักอยู่ที่การเพ่งให้เกิดการจดจ่อต่อสิ่งใดและทำให้จิตอยู่ในสภาวะที่สงบ สำหรับการฝึกอานาปานสติเป็นการฝึกสมาธิอีกวิธีหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้เขียนคู่มือเล่มนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวี นำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติเอง และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการฝึกอานาปานสติมีผลโดยตรงให้มีความสงบของจิตใจ และเกิดการผ่อนคลาย หากทำแล้วจะเกิดประโยชน์ต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-1-

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี นั้น เป็นวิกฤตต่อชีวิตของบุคคลจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

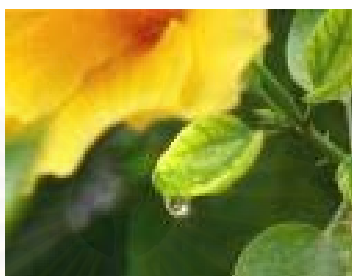
เพราะหากผู้ติดเชื้อไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งการดูแลตนเองด้านร่างกายนั้นประกอบด้วย การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องแล้วนำไปใช้ในการดูแลตนเอง และการดูแลด้านจิตใจวิธีหนึ่ง คือการจำกัดขอบเขตของสิ่งที่มากระตุ้น โดยเลือกการฝึกสมาธิวิธีอานาปานสติเพราะเป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกต่อผู้ฝึกและสามารถทำได้ทุกขณะ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-2-

อานาปานสติสมาธิ



เป็นสมาธิที่จัดอยู่ในหมวดอนุสสติ 10

- อานะ(อสาสะ) หมายถึง การหายใจเข้า
- อาปานะ (ปัสสาสะ) หมายถึง การหายใจออก
- สติ คือ ความตามระลึกได้ ความหวนระลึก กิริยาที่ระลึก ไม่เลือนลอย
- สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต ภาวะจิตที่สงบนิ่ง แน่วแน่อยู่ในอารมณ์เดียว ทำให้เกิด

ความสงบ สบาย และความรู้สึกเป็นสุขอย่างยิ่งที่บุคคลสร้างขึ้นได้ด้วยตนเอง

ดังนั้น **อานาปานสติสมาธิ** หมายถึง การฝึกความตั้งมั่นของจิตใจให้มีความสงบเกิดขึ้นโดยให้มีสติระลึกไว้ในอารมณ์ คือ ลมหายใจเข้าและออก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

-3 -



ขณะที่ใจอยู่ในสมาธิมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น มีการหลั่งฮอร์โมนและสารอื่นๆ มากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อ มีการผ่อนคลาย การเผาผลาญของพลังงานในร่างกายลดลง ร่างกายอยู่ในสภาวะพักผ่อน จิตใจสบาย และเป็นสุข

ดังนั้นในผู้ฝึกสมาธิจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ ดังนี้ คือการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนแปลง โดยมีผลทำให้ฮอร์โมน(นอร์อิพิเนพรีน)ลดลง และมีความเกี่ยวข้องกับระดับแลคเตทในเลือด เพราะนอร์อิพิเนพรีนเป็นตัวกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและกระดูกผลิตแลคเตทในร่างกาย เมื่อระดับฮอร์โมนนอร์อิพิเนพรีนลดลงมีผลทำให้ระดับแลคเตทในเลือดลดลงด้วย และจากการที่ระดับแลคเตทในเลือดลดลงนั้น ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

รหัสที่.....

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งหมด 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลส่วนบุคคล)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อความต่อไป

1. ที่อยู่ปัจจุบัน.....หมายเลข
โทรศัพท์.....
2. อายุ.....ปี
3. เพศ
() ชาย () หญิง
4. สถานภาพสมรสในปัจจุบัน
() โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () อนุปริญญา () ปริญญาตรี/สูงกว่า
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
() ไม่มีรายได้ () ต่ำกว่า 1,000 บาท () 1,000 – 3,000 บาท
() 3,001 – 5,000 บาท () มากกว่า 5,000 บาท
7. ระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ.....ปี.....เดือน
8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- CD4.....cells/mm³
- Hb.....g/dl
9. ค่า BMI
- น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1)

คำแนะนำในการตอบคำถามข้อ 1 – 20

ข้อความข้างล่างต่อไปนี้เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / [] ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้

ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดอย่าใช้เวลาในการพิจารณาคำตอบข้อหนึ่งข้อใดนานเกินควร แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าบรรยายความรู้สึกของท่านในขณะนี้ได้ดีที่สุด เพราะคำตอบที่ได้จากท่านจะนำมาใช้ประโยชน์ต่อตัวท่านและในวงการศึกษาต่อไป

| รายการ | ไม่เลย | มีบ้าง | ค่อนข้างมาก | มากที่สุด |
|-----------------------------------|--------|--------|-------------|-----------|
| 1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ | | | | |
| 2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง – ปลอดภัย | | | | |
| 3. ข้าพเจ้าเป็นคนเครียด | | | | |
| 4. ข้าพเจ้ารู้สึกเกร็งและเครียด | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 18. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสน | | | | |
| 19. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง | | | | |
| 20. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนน่าคบ | | | | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

ต่อไปนี้เป็นรายการกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อการดำรงไว้ซึ่งชีวิตของตนเอง เมื่อท่านอ่านข้อความแล้ว ขอให้ท่านพิจารณาว่าในขณะนี้ ท่านสามารถทำกิจกรรมได้มากหรือน้อย ให้เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อเท่านั้น คือ

ไม่ได้ทำ หมายถึง ท่านไม่ได้ทำกิจกรรมนั้นเลย

ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นบ้าง นานๆ ครั้ง หรือ ไม่ประจำ ไม่แน่นอน

ทำสม่ำเสมอ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ

| กิจกรรมการดูแลตนเอง | ระดับความสามารถ | | | หมายเหตุ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|------------|----------|
| | ไม่ได้ทำ | ทำเป็นบางครั้ง | ทำสม่ำเสมอ | |
| 1.ท่านแสวงหาและจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ | | | | |
| 2.ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอครบ 3 มื้อ | | | | |
| 3.ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ให้โทษกับร่างกาย เช่น อาหารหมักดองหรือ เนื้อสัตว์ที่สุกๆ ดิบๆ | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 32.ท่านปรับตัวและทำใจให้พร้อมที่จะฟังพยานบุคคลอื่น | | | | |
| 33.ท่านเข้าสังคม และร่วมกิจกรรมในสังคมตามปกติ | | | | |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 สูตรคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean)

สูตร

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

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ย
 $\sum X$ = ผลรวมคะแนนทั้งหมด
 n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 สูตรคำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

สูตร

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

เมื่อ S.D. = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 $\sum X^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนทั้งหมด
 n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent sample) กรณีไม่ทราบ σ_1^2 และ σ_2^2 แต่สมมติให้ $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \right] \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ df = ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
 $= n_1 + n_2 - 2$

1.4 สูตรทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย t-test (Independent sample) กรณี
ไม่ทราบ σ_1^2 และ σ_2^2 แต่สมมติให้ $\sigma_1^2 \neq \sigma_2^2$

สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

เมื่อ df = $\frac{2}{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}$ ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

$$= \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2 + \left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}$$

$$\frac{2}{n_1 - 1 + n_2 - 1}$$

\bar{X}_1 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

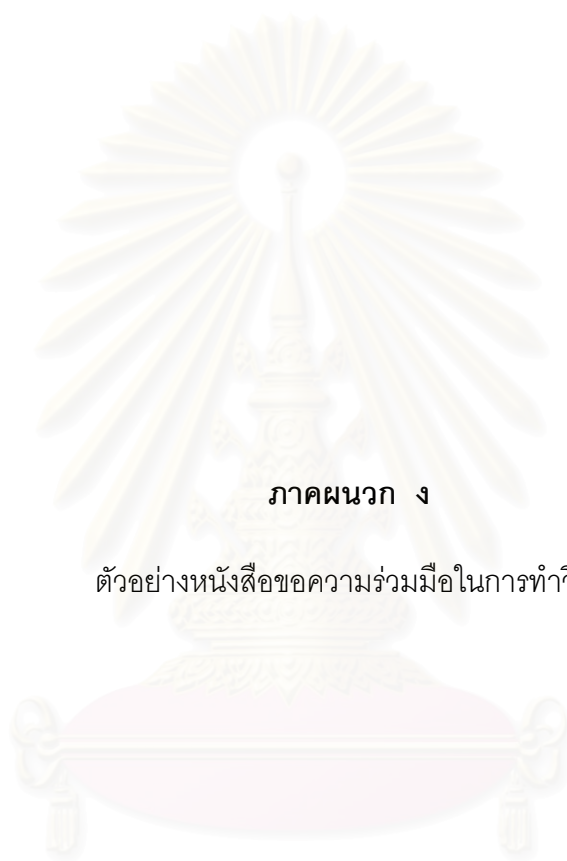
\bar{X}_2 = ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

n_1 = ขนาดของกลุ่มควบคุม

n_2 = ขนาดของกลุ่มทดลอง

S_1^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มควบคุม)

S_2^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาทดสอบ (กลุ่มทดลอง)



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและ จะสรุปผลการวิจัยเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อ
ความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อผู้วิจัย นางพัฒนกร ทองคำ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7561-1203 ต่อ 3071

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-9727-0832

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 1). เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2). เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 3). เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4). เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยครั้งนี้ คือ

3.1. ให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์เฉพาะของสปีดเบอร์เกอร์ จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากของพิกุล นันทชัยพันธ์ จำนวน 33 ข้อโดยกลุ่มควบคุมตอบ 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1 หลังจากผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด และครั้งที่ 2 และ 3 เมื่อครบสัปดาห์ที่ 2 และ 8 และในกลุ่มทดลองตอบ 3 ครั้ง คือ ครั้งที่หนึ่งหลังจากผู้วิจัยชี้แจง ครั้งที่ 2 หลังจากฝึกในสัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 เมื่อฝึกครบสัปดาห์ที่ 8

3.2. ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติ ตามขั้นตอนดังนี้ ในวันที่ 1-4 ของสัปดาห์ที่ 1 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน ผลที่ได้จากการฝึก

อานาปานสติ และผู้วิจัยสาธิตให้ดูและกลุ่มตัวอย่างทำตาม ทำกิจกรรมภาคเช้า 2 ชั่วโมง และภาคบ่าย 2 ชั่วโมง และในวันที่ 5 ของสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สำหรับสัปดาห์ถัดไปคือในสัปดาห์ที่ 2-8 แนะนำให้กลุ่มทดลองไปฝึกเองที่บ้านทุกวันๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 15 - 30 นาที โดยผู้วิจัยมีการติดตามในสัปดาห์ที่ 2 จำนวน 2 ครั้ง และนัดพบกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 8

4. ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีสิทธิเข้าร่วมหรือปฏิเสธในการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาทำการวิจัย โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด

5. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัย

6. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าจะได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

เนื่องด้วย นางพัฒนกร ทองคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล พยาบาลวิชาชีพ 7 งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวพรทิพย์ ลีลาอนันตกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางพัฒนกร ทองคำ โทร. 09-7270832

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

เนื่องด้วย นางพัฒนกร ทองคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกให้บริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวัน จำนวน 40 คน และ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 1 ชุด ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพัฒนกร ทองคำ ดำเนินการทดลองใช้ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางพัฒนกร ทองคำ โทร. 09-7270832

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่

เนื่องด้วย นางพัฒนกร ทองคำ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกให้บริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวัน ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางพัฒนกร ทองคำ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภัทญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 02-218-9823

ชื่อนิสิต

นางพัฒนกร ทองคำ โทร. 09-7270832

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพัฒนกร ทองคำ เกิดวันที่ 15 มกราคม พ.ศ.2513 สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ ปี 2536 เข้ารับราชการที่ตึกอรรถกวีสุนทร โรงพยาบาลศิริราช และได้ลาออก เพื่อเข้ารับราชการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระบี่ จังหวัดกระบี่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย