

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ปัญหาและผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
2. แนวความคิดเกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาและผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาต่าง ๆ จากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ทั้งระบบ มีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลต่อกัน เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อทุกคนในสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งสภาพปัญหาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ แบ่งตามรูปแบบของปัญหาที่ปรากฏในระดับบุคคล จำแนกออกเป็น (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2536, หน้า 216)

1. ปัญหาการปรับตัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัย

ภาวะวิกฤตประการหนึ่งของมนุษย์ก็คือ การที่มนุษย์จะต้องรับรู้สิ่งที่ไม่ประสงค์จะรู้ โดยเฉพาะเรื่องที่จะต้องรับรู้ นั่น เป็นเรื่องของผลการวินิจฉัยโรคที่น่ากลัวและเป็นอันตราย สังคมหรือตนเองก็ยอมรับได้ยาก ดังนั้นไม่ว่าใครก็ตามที่ทราบผลการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวี มักจะมีพฤติกรรมการปรับดังนี้

1.1 พฤติกรรมการต่อต้านสังคม พฤติกรรมดังกล่าวอาจแสดงออกโดยโกรธคนรอบข้าง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำตัวเป็นแหล่งแพร่เชื้อ

1.2 เกิดความไม่มั่นใจ พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความโดดเดี่ยว และความเหงา กลัวความไม่แน่นอนของชีวิต บางรายอาจพยายามพึ่งพาศาสนา หมอคู่ เรียกร้องให้ผู้อื่น

ดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ไม่กล้าตัดสินใจทำอะไร อาจรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคประสาท โรคจิต จนต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

1.3 เกิดอาการซึมเศร้าหือแท้ พฤติกรรมที่ปรากฏ เช่น ไม่อยากทำอะไร เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง บางรายอาจถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย

2. ปัญหาการปรับตัวกับการเจ็บป่วยโดยทั่วไป

ปัญหาที่มักเกิดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 222-223)

2.1 ปัญหาต้องปรับตัวกับอาการไม่สบายต่าง ๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง อาการไม่สบายต่าง ๆ ได้แก่ มีไข้ตลอดเวลาและอ่อนเพลียมาก ท้องเสียบ่อย นอนไม่หลับ ทำให้เป็นการระ และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น แต่โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมกลัว รังเกียจ ผู้ป่วยจึงไม่ค่อยได้รับการช่วยเหลือ

2.2 ปัญหาต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งการรักษาพิเศษซึ่งบั่นทอนสภาพความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย วิธีการรักษาพิเศษที่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ทำเองไม่ได้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง

2.3 ปัญหาต้องพัฒนาความสัมพันธ์อันดีกับบุคลากรหรือผู้ช่วยเหลือ ซึ่งไม่คุ้นเคยกันมาก่อน แต่จำเป็นต้องพึ่งพาทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าแสดงออก ซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ โดยเฉพาะความไม่พึงพอใจ ไม่กล้าเรียกร้อง หรือต้องการอะไรมากนัก เพราะอาจทำให้ถูกทอดทิ้งจากบุคคลเหล่านั้นได้หรือไม่ ก็เป็นการสร้างความรำคาญให้เจ้าหน้าที่ บางครั้งอาจถูกมองว่า จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น เรื่องมาก หรือจากความรังเกียจต่อโรคเอดส์

2.4 ปัญหาต้องพยายามรักษาความรู้สึก และอารมณ์ให้อยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมให้ได้มากที่สุด ความเจ็บป่วยและการไม่เป็นตัวของตนเองในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ น้อยใจ หงุดหงิดง่าย ๆ อารมณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ควบคุมได้ยากยิ่ง และถ้าไม่ควบคุมก็อาจแสดงออกมากเกินไปจนเกิดผลกระทบในทางเสียหาได้

2.5 ปัญหาต้องรักษาภาพลักษณ์ ให้อยู่ในสภาพน่าพอใจ โดยปกติแล้ว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายอื่น ๆ จะมีการรักษาพิเศษต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ได้มากอยู่แล้ว อาทิเช่น สภาพอ้วน ผอม บวม ความทรุดโทรม ของร่างกาย ยิ่งถ้ามีการผ่าตัดหรือมีความพิการร่วมด้วย ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์จะยิ่งมีมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้น กล่าวคือเมื่อเริ่มรับรู้ว่ามีเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อ

นั่นจะต้องอดทนต่อความพยายามปรับตัวในการรักษาภาพลักษณ์ของตนให้อยู่ในสภาพน่าพอใจอย่างมาก

2.6 ปัญหาต้องเตรียมตัวเผชิญกับอนาคตที่ไม่แน่นอน โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความไม่แน่นอน อันเกิดจากความรุนแรงของโรค การวินิจฉัยว่าจะถูกต้องหรือไม่ การที่ยังไม่มียาที่รักษาให้หายหรือยังไม่มีวัคซีนที่ป้องกันได้ ความรวดเร็วในการรักษา ระยะเวลาในการรักษาดลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างมาก

และเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ผู้ที่ได้รับเชื้อจะปรากฏอาการที่แตกต่างกัน ซึ่งอาการแสดงของการติดเชื้อนั้น เกิดจากผลโดยตรงของเชื้อเอชไอวี ที่มีต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือเป็นผลร่วมของการเกิดภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม และการติดเชื้อฉวยโอกาส ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ ดังนี้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 214-218)

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ชนิดพึ่งเซลล์ (Cell mediated Immunity) มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรงตามมา ในกรณีทั่วไปเมื่อรับเชื้อเอชไอวีแล้วในระยะแรกจะมีเชื้อไวรัสในเลือดเป็นจำนวนมาก ต่อมาเชื้อจะหลบอยู่ในต่อมน้ำเหลือง และเซลล์เฉพาะระยะนี้ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน โดยดูจากจำนวนเม็ดเลือดขาว CD_4 และ T cells กระทั่งประมาณ 5-6 ปี ภูมิคุ้มกันพร่องลดลง จำนวนเซลล์ CD_4 ลดลงกว่า 500/มม³ เชื้อไวรัสปรากฏในกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อจะติดเชื้อโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ และเสียชีวิตภายใน 10 ปี (เกษม วัฒนชัย, 2537, หน้า 1-2) โดยมีกลไกการเกิดโรคคือ ระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ช่วงสัปดาห์ที่ 1-3 ไวรัสที่แฝงในเซลล์จะเริ่มแบ่งตัวจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ระยะนี้จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากเลือดได้ ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกาย แต่อาจจะไม่พบไวรัสในกระแสเลือด ภายหลังได้รับเชื้อ 3-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีอาการติดเชื้อเฉียบพลันคล้ายไข้หวัด มีไข้เนื่องจากความบกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากขึ้น ร่างกายจะเริ่มปรากฏอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ได้แก่ต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร มีเชื้อราในช่องปากเป็นต้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีปัญหาเรื่องการขาดสารอาหาร ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ (ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535, หน้า 854-859) ยิ่งระยะเวลานานมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้ก็จะลดลง (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 218) ซึ่งภาวะการดำเนินโรคที่เลวลง ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีจะไม่สามารถมีอำนาจเหนือการทำงานของร่างกายได้ ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ซึ่งในผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจทางด้านร่างกายเมื่อเจ็บป่วย (Robert, 1978, p. 132)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี เมื่อทราบว่าตนติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ ครั้งแรกจะมีสภาวะทางอารมณ์ตอบสนองเช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับความเครียดรุนแรง คือมีอาการช็อกทางอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน หรือแม้แต่ในคนที่คาดคิดไว้บ้างแล้ว เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อจริง ๆ ก็ยังมีอาการช็อกทางอารมณ์ได้เช่นกัน แต่อาจจะแตกต่างกันในเรื่องของลักษณะและความรุนแรงของการตอบสนอง (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, 2538, หน้า 63-64) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2536, หน้า 216-228) โดยระยะแรกเป็นระยะที่มีการปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ (initial crisis) ปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยคือการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง สลับกับอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกตกใจ สับสน โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค และการดูแลของตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลในสิ่งที่ไม่รู้ ทำให้มีการคาดหมายสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตัวเองไปในทางที่ไม่ดีไว้ล่วงหน้า ผู้ติดเชื้อจะรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้ ยังมีการคาดการณ์ล่วงหน้าไว้ไม่ดีเพียงใด จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจมากขึ้นเท่านั้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532, หน้า 228) ระยะต่อมาเป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (transitional) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกหลายอย่างปนสลับกันไป ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิด วิตกกังวล สับสนและประเมินค่าตัวเองต่ำ ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พบได้แก่ ความเป็นกังวลเกี่ยวกับร่างกาย ความเป็นกังวลในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น กังวลในเรื่องความมั่งคั่งของชีวิต เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่ามีทางรักษาให้หาย ต้องตายแน่นอน ความหวังต่าง ๆ ต้องพังทลาย ไม่มีอะไรรอคอยในอนาคต เกิดภาวะคับข้องใจอย่างรุนแรงที่ต้องเผชิญกับความจริงในการมั่งคั่งของชีวิต (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, 2538, หน้า 65) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดความบีบคั้นทางจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกซึมเศร้า หดหู่ในชีวิต (Belcher, Dettmore & Holzemer, 1989, p. 16) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจ ให้เข้าใจในความเป็นจริงของการมั่งคั่งของชีวิต ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองให้สามารถปรับตัวจนยอมรับความเป็นจริงได้ ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (acceptance) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยกเลิกความหวังหรือ ภาพฝันเดิม

และตั้งเป้าหมาย ชีวิตที่เหลืออยู่สอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งกระบวนการให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ของหน่วยงานของรัฐได้แก่ การให้บริการ การปรึกษาแก่ผู้รับบริการก่อนการตรวจและภายหลัง การแจ้งผลเลือด ในกระบวนการทั้งหมด ผู้ให้บริการการปรึกษาจะต้องพบกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ติดเชื้อในทุกกระยะ (ธนา นิลชัยโกวิท, 2536, หน้า 385) ผู้ให้คำปรึกษานอกจากจะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโดยตรงแล้ว ยังจะต้องมีความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยทักษะหลายอย่างทางด้านจิตวิทยา การให้การปรึกษานี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอนบนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อกับผู้ให้คำปรึกษา โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี จากผู้ติดเชื้อที่ทราบว่าตนติดเชื้อแล้ว และเพื่อให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้ติดเชื้อ ในการที่จะให้บรรลุมติวัตถุประสงค์ดังกล่าว ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องชี้แนะผู้ติดเชื้อในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การสร้างความมั่นใจเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ติดเชื้อกับครอบครัวและสังคม รวมทั้งช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ อีกประการหนึ่งคือ ต้องสร้างการยอมรับให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกในครอบครัว หรือคู่รักของผู้ติดเชื้อ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเป็นที่พึ่งของผู้ติดเชื้อได้ การให้คำปรึกษาจะต้องควบคู่ไปกับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ อีกทั้งไม่สามารถทำให้เสร็จสิ้นภายในเวลาอันสั้น หรือจากการพบกับผู้ติดเชื้อเพียงครั้งเดียว ส่วนมากผู้ติดเชื้อมักต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นการแก้ไขจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี กับผู้ให้คำปรึกษา (ขวัญชัย สุภรัตนิกัญญ, 2539, หน้า 93) โดยความสามารถทักษะ ตลอดจนประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษาที่จะสะท้อนความรู้สึกละเอียดเพื่อให้ผู้รับบริการคำปรึกษาตระหนักในภาวะอารมณ์ของตนใช้เทคนิคการสนับสนุนและให้กำลังใจ ชี้ให้เห็นศักยภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยเกื้อหนุน ให้ผู้ติดเชื้อสามารถหวังในสิ่งที่เป็นไปได้ สามารถหาวิธีแก้ปัญหาได้ด้วยศักยภาพของตน (อุษา เชื้อหอม, 2539, หน้า 21)

3. ผลกระทบทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวียังไม่มียารักษาให้หายขาด ประกอบกับเมื่อติดเชื้อแล้วต้องเสียชีวิตทุกราย จึงทำให้เกิดความไม่เข้าใจ ไม่รู้จริงเกี่ยวกับโรค สมาชิกชุมชนในสังคมไม่ให้ความช่วยเหลือ เพราะกลัวว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ มีการรังเกียจ และให้ออกจากงานผลกระทบอีกด้านหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่พบได้บ่อยคือปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัวได้แก่ การปฏิเสธ กลัว โกรธ ต่ำหนิ ทอดทิ้ง แยกตัว ขอมรับ สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี และมีความรู้สึกว่ามีตราบาปเกิดขึ้นในครอบครัว (ชนา นิลชัยโกวิท, 2536, หน้า 216) เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดแรงสนับสนุนจากสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อขาดผู้คอยดูแลเอาใจใส่ ขาดความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น มีการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดปัญหาทางด้าน จิตใจตามมา การได้รับการช่วยเหลือจากสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเชื่อในอำนาจการควบคุมการเจ็บป่วย มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวัง ซึ่งจะเป็นการช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ตราบเท่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความหวังไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย การกลุ้มใจของโรคจะซาลง (Solomon and Temoshok, 1987 อ้างในกรมพลานามัย วรรณเสรษฐสิน, 2538, หน้า 70)

4. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

จากการติดเชื้อเอชไอวีที่ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง ส่งผลผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว (กองควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532, หน้า 1) เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เสื่อมลงเรื่อย ๆ ทำให้ต้องขาดงานบ่อย ๆ บางรายอาจไม่สามารถปฏิบัติงานในหน้าที่เดิมได้ อาจต้องหยุดงาน หรือถูกไล่ออกจากงาน ส่งผลผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ในขณะที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับบทบาทใหม่ ที่เพิ่มจากเดิมคือ บทบาทของการเป็นผู้ป่วย (sick role) ซึ่งเป็นบทบาทที่ถาวรและเรื้อรัง บางรายอาจเปลี่ยนจากหัวหน้าครอบครัวที่เคยมีอำนาจสิทธิขาดในบ้าน มาเป็นสมาชิกครอบครัวที่ต้องการการช่วยเหลือแทน (เสรี พงศ์พิศ, 2538, หน้า 4) ซึ่งภาวะเช่นนี้เป็นต้นเหตุของความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ ความรู้สึกสูญเสียอำนาจจะรุนแรงขึ้น ถ้าอาการของโรคเลวลงและสภาพครอบครัวระส่ำระสาย (Robert, 1978, p. 126) นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวีอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นช่วงอายุสำคัญของกำลังแรงงานของประเทศ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียแรงงานจากทรัพยากรบุคคล และสูญเสียผลผลิตจากการที่ผู้ใช้แรงงานป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2537, หน้า 2)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อบุคคล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เป็นอย่างมาก โดยทางด้านการร่างกายพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง อูจาระร่วงเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ภาวะผิดปกติทางด้าน

ร่างกายเปลี่ยนไป บางครั้งอาจรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีต้องเผชิญกับความเครียดอย่างรุนแรง มีการคาดหมายอนาคตไปในทางที่ไม่ดีไว้ล่วงหน้า ทางด้านเศรษฐกิจผู้คิดเชื่อเอชไอวีต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มากและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งผู้คิดเชื่อต้องยอมรับกับบทบาทที่เปลี่ยนไปคือการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่ถาวรและเรื้อรัง เหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลไม่สามารถมีอิทธิพลเหนือตนเองและผู้อื่น บุคคลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ซึ่งการเจ็บป่วยรุนแรงเท่าใด บุคคลจะสูญเสียอำนาจมากขึ้นเท่านั้น (Robert, 1978, p. 177) ภาวะสูญเสียอำนาจของผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตัวเองต่ำ (low self esteem) ซึมเศร้า (depression) และสิ้นหวัง (hopelessness) ซึ่งภาวะการณดังกล่าวจะทำให้อาการของโรคไม่ดีขึ้น หรือเลวลงถึงกับเสียชีวิตได้ (Miller, 1983, pp. 415-417) และจากการศึกษาถึงปฏิกิริยาต่อการรับรู้ว่าตนเองคิดเชื่อเอชไอวี พบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีต้องเผชิญกับภาวะการปรับตัวในระยะต่างๆ ถ้าผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือระดับประคองทางด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการตั้งเป้าหมายของชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของตนเอง ยอมรับในสภาพของการคิดเชื่อเอชไอวีและโอกาสของการคิดเชื่อช่วยโอกาส แต่ก็ยังสามารถตั้งความหวังในด้านอื่นได้ต่อไป ซึ่งหากผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีความหวังในชีวิต จะช่วยให้มีความรู้สึที่ดีต่อตนเอง เชื่อในอำนาจการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง ส่งผลให้มีการเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน นอกจากความหวังจะก่อให้เกิดการปรับตัวทางสรีรภาพแล้ว ยังทำให้บุคคลทนต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้การดำเนินของโรคช้าลง จากเหตุผลข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งความรู้สึกสูญเสียอำนาจและความหวัง มีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่เข้ารับบริการการให้คำปรึกษา และการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

แนวความคิดเกี่ยวกับความหวังของผู้ติดเชื่อเอช ไอ วี

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีความเป็นนามธรรม เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล เรื่องของความหวังเป็นที่รู้จักและมีการศึกษาค้นคว้าในฐานะที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวในการดำรงชีวิตของบุคคล ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและในผู้ที่เจ็บป่วย โดยมีผู้ให้ความหมายของความหวังไว้แตกต่างกัน ดังนี้

อุบล นิวัติชัย (2528, หน้า 1091-92) กล่าวว่าความหวังเป็นคำที่อธิบายให้เห็นชัดเจนได้ยาก เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดส่วนบุคคลที่อยู่ลึก ๆ เป็นศูนย์กลางของความเชื่อความศรัทธาว่ามีหนทางให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตได้รับการตอบสนอง

จารุวรรณ ต.สกุล (2532, หน้า 41) กล่าวว่า ความหวังเป็นหนทางให้บุคคลได้ประสบหรือใกล้ชิดกับความต้องการจำเป็นของชีวิต เป็นพลังกระตุ้นให้เกิดความมานะอดทน เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อนอธิบายได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อความศรัทธาของบุคคลที่มั่นใจว่าความต้องการจะได้รับการตอบสนอง

สตอทแลนด์ (Stotland, 1969, p. 1) ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นความคาดหวังที่มีความเป่าประสงค์เชื่อถือได้มากกว่าศูนย์ ความหวังในลักษณะนี้เปรียบเสมือนโอกาสของความเป็นไปได้ อันเป็นผลมาจากการคาดหมายของบุคคล ดังนั้นความหวังจึงอาจเป็นหลักการที่ตั้งอยู่บนความเป็นไปได้ และทั้งเป็นไปได้

แลนจ์ (Lange, 1978, p. 171) กล่าวว่าความหวังเป็นเสมือนแสงสว่างที่อยู่ปลายสุดของถ้ำมืด เพราะความหวังก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการใด ๆ หรือก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อความเศร้าโศกความโดดเดี่ยว และความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ได้

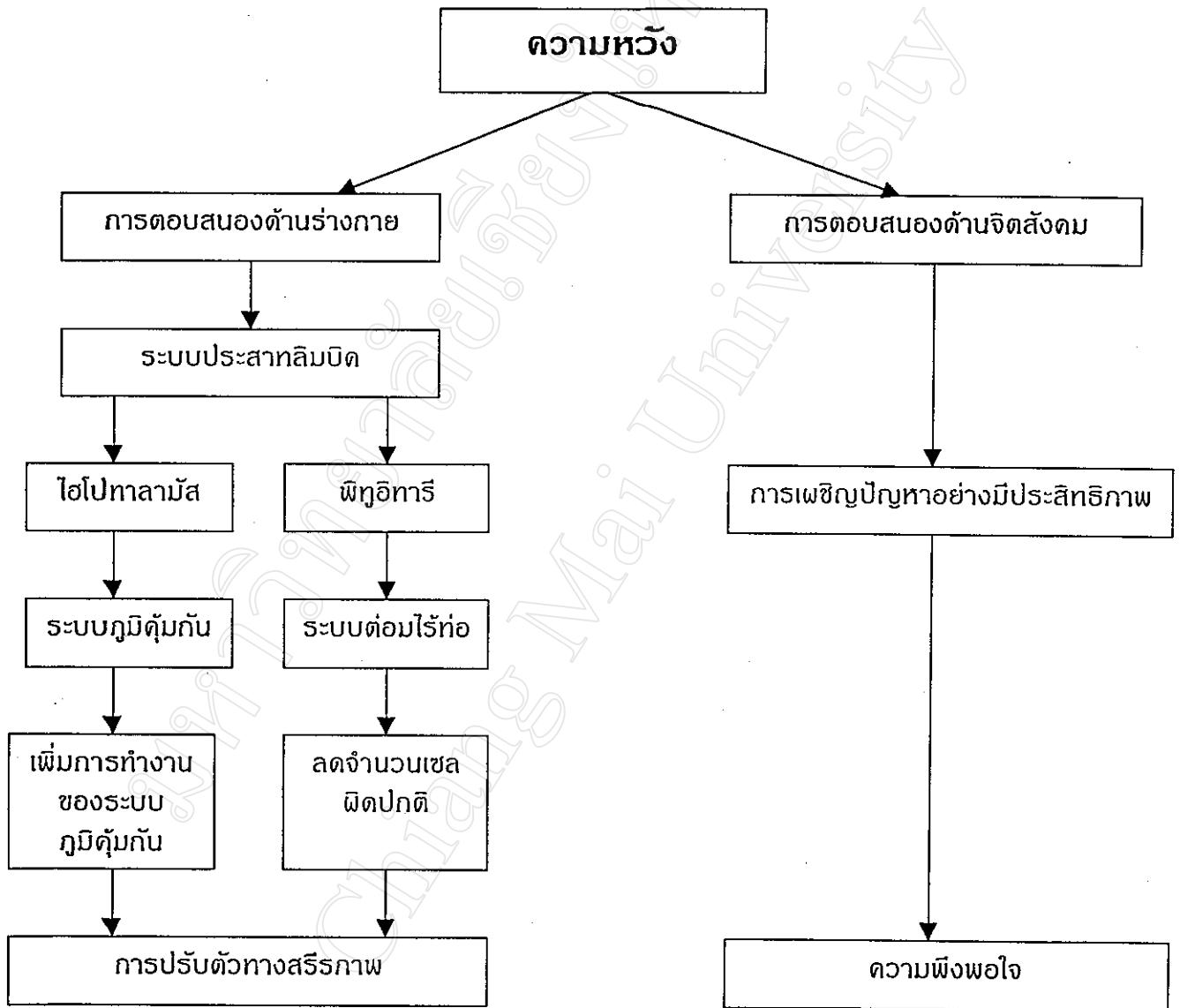
มิลเลอร์ (Miller, 1983, p. 287) กล่าวว่า ความหวังเป็นพลังที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นความสำเร็จที่คาดหมายไว้ล่วงหน้า แต่อาจมีความรู้สึกไม่แน่ใจอยู่บ้างและความหวังยังเป็นการปฏิเสธเป้าหมายที่ไม่ดี

เบคและคณะ (Beck, et al., 1984, p. 10) กล่าวว่า ความหวังเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มา หรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า ถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมาย ชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

ดูฟอลท์และมาท็อกซิโอ (Dufault and Martocchio, 1985, p. 380) กล่าวว่าความหวังเป็นแรงขับที่เป็นพลวัต เป็นความเชื่อมั่นในความคาดหวังต่อความสำเร็จที่จะเกิดขึ้นในอนาคตความหวังประกอบด้วยความคิด ความรู้สึก และการกระทำหลาย ๆ อย่างประกอบกันอย่างซับซ้อนซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา

สรุปความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคล เป็นเหมือนแรงผลักดัน แรงขับหรือแรงจูงใจ รวมทั้งเป็นการคาดหมาย โดยเป็นการคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นการคาดหมายทางบวกที่มีพื้นฐานมาจากอดีตและปัจจุบัน โดยเป้าหมายนั้นมีความสำคัญต่อบุคคล หรือจะทำให้บุคคลผ่านสถานการณ์คับขันได้ ความหวังของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา และสถานการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น ภาวะสูญเสียภายหลังการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ เป็นต้น

นอกจากแนวคิดทางจิตวิทยาที่กล่าวถึงอิทธิพลของความหวัง ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมแล้ว ความหวังยังมีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางสรีรภาพด้วย กล่าวคือ ความหวังเป็นแรงจูงใจทางสรีรภาพ (โยธิน คັນสนยุทธ, 2525, หน้า 33) เปรียบได้กับกระแสประสาท ผ่านเข้าสู่สมองไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ เกิดความกระตือรือร้น และเตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ทำให้มีการปรับตัวด้านต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาได้ ซึ่งสามารถสรุปแนวความคิดดังกล่าวเป็นแผนภูมิได้ดังนี้ (Simonton et.al., 1992, pp. 85-99)



ภาพที่ 1 แสดงกลไกของความหวังต่อการปรับตัวด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งดัดแปลงจากรูปแบบ
การปรับตัวของร่างกายและจิตใจ ของไซมอนตันและคณะ (Simonton et al, 1992 : 97)

กลไกการเกิดความหวัง

บุคคลจะพัฒนาประสบการณ์ความหวังในวัยเด็ก ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มแยกได้ว่าตนเองเป็นหญิงหรือชาย จากการที่ได้กลอกเลียนแบบอย่างในทางบวกของพ่อแม่เพศเดียวกับตัวเองจะก่อให้เกิดประสบการณ์ความหวัง กล่าวคือ เด็กจะรู้สึกว่าการที่ตนเองจะเจริญเติบโตเป็นที่ประจักษ์แก่ผู้อื่นด้วยเอกลักษณ์ที่เขา มีอยู่ เช่นเดียวกับพ่อแม่ (อุบล นิวัติชัย 2528, หน้า 1094) ในผู้ใหญ่ ประสบการณ์ความหวังขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ทำงานอย่างซับซ้อน การพิจารณาความหวังจึงมักพิจารณาจากโครงสร้างของความหวัง (ทัศนาศูววรรณะปกรณ์ 2531, หน้า 11)

โครงสร้างของความหวัง

ตามแนวคิดของแลนจ์ (Lange 1978, p. 179) แบ่งโครงสร้างของความหวังออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. อารมณ์ (affective component) อารมณ์หรือความรู้สึกนี้ขึ้นอยู่กับความศรัทธา ความเชื่อถือไว้วางใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งมีบทบาทกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคคลมีความหวัง

2. การรู้คิด (cognitive component) เป็นกระบวนการใช้เหตุผลในการพิจารณาประเมินเหตุการณ์และควบคุมอารมณ์ การที่บุคคลเลือกรับรู้ในเหตุการณ์ทางบวก และปรับการรู้คิด จะส่งเสริมความหวัง ทำให้เกิดพลังกำลัง มีความอดทนที่จะปรับสภาพร่างกายและจิตใจสู่ความมีสุขภาพสมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของดิวฟอลท์ และมาร์ท็อกซิโอ (Dufault & Martocchio 1985, pp. 380-391) ได้แบ่งความหวังออกเป็น 6 มิติ ซึ่งมีมิติต่าง ๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. มิติด้านอารมณ์ (affective dimension) เป็นอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่หวัง องค์ประกอบของมิตินี้ได้แก่

- 1.1 ความรู้สึกดีใจ สนใจต่อเป้าหมายที่ปรารถนา
- 1.2 ความรู้สึกให้ความสำคัญต่อเป้าหมาย
- 1.3 ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะถึงเป้าหมายที่ตนต้องการ
- 1.4 ความรู้สึกเกี่ยวกับความไม่แน่นอนต่อผลลัพธ์
- 1.5 ความรู้สึกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกับความหวัง

องค์ประกอบเหล่านี้แสดงออกได้แตกต่างกันหลายอย่างได้แก่ การแสดงออกทางสีหน้า ถ้อยคำ เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกว่าบุคคลมีความต้องการ ปรารถนาที่จะบรรลุเป้าหมาย

2. มิติด้านสติปัญญา (cognitive dimension) เป็นความคิด จินตนาการ ความจำการเรียนรู้ การตัดสินใจ การแปลความทั่วไป องค์ประกอบของมิตินี้ได้แก่

2.1 ความชัดเจนในเป้าหมายของความหวัง เช่น เป้าหมายที่ดี

2.2 การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างความจริงและความหวัง

2.3 จำแนกปัจจัยภายในและภายนอกตนเอง ที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งที่ส่งเสริมและต่อต้านความหวัง

2.4 การยอมรับว่าความต้องการในอนาคต อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้

2.5 ประสบการณ์ในอดีต เป็นสิ่งสนับสนุนว่าบุคคลจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายที่ต้องการมากกว่าเป้าหมายที่ไม่ต้องการ

ในมิตินี้ความหวังของบุคคลจะต้องตั้งอยู่บนรากฐานของความจริง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้สถานการณ์รอบตัว ซึ่งความหวังอาจเปลี่ยนแปลง ปรับใหม่ หรือยกเลิก และมีความหวังใหม่เกิดขึ้นได้ โดยบุคคลอาจยังเหลือความหวังเก่าๆ ไว้บ้าง เพื่อนำมาผสมผสานกับความหวังใหม่ที่จะเกิดขึ้น

3. มิติด้านพฤติกรรม (behavioral dimension)

เป็นการแสดงออกที่สัมพันธ์กับความหวังคือ บุคคลจะกระทำการใด เพื่อจะไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมาย การแสดงออกที่เกิดขึ้นอาจแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และศาสนา

ทางด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามกำหนดเวลาการออกกำลังกาย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายตามที่หวัง

ทางด้านจิตใจ เช่น การตัดสินใจ วางแผนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

ทางด้านสังคมและศาสนา มีความคาบเกี่ยวกันอยู่ ทางด้านสังคมเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับผู้อื่น ทางด้านศาสนาเช่น การสวดมนต์ภาวนา การทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนาและความเชื่อในพระเจ้า โดยเชื่อว่าศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบได้

4. มิติด้านความผูกพัน (affiliative dimension)

เป็นความผูกพันกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ แสดงออกจากการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กัน ความผูกพัน ความคุ้นเคย ความใกล้ชิด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ยังรวมถึงความสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตอื่น เช่น พืช และสัตว์ต่าง ๆ ด้วย ตัวอย่างของความหวังในมิตินี้เป็นความรู้สึกที่อยากเข้าไปมีกิจกรรมร่วม มีส่วนร่วมกระทำสิ่งที่ดีสำหรับบุคคลอื่น การสนับสนุนให้ความหวังของบุคคลอื่นเป็นความจริง รวมถึงการที่บุคคลแสวงหาหรือได้รับความช่วยเหลือจาก

แหล่งอื่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ได้แก่ การรับการรักษาการรับข้อมูลข่าวสาร การดูแล
 ทุนนอนมสัต์ว์เลียง และต้นไม้ รวมถึงความศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์

5. มิติด้านเวลา (temporal dimension)

เป็นความหวังตามระยะเวลา คือทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ความหวังในอดีต ประสบการณ์เกี่ยวกับความหวังในอดีต มีอิทธิพลต่อความหวังใน
 ปัจจุบันมาก บางโอกาสเมื่อบุคคลพบประสบการณ์ที่เป็นความหวังในอดีต บุคคลก็ปรารถนาให้เกิดขึ้น
 ในอนาคต หากความหวังในอดีตไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่เป็นที่ต้องการ เช่น ความไม่พอใจ
 ความเจ็บปวด เป็นต้น ความหวังจากสถานการณ์เหล่านี้ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต ขณะเดียวกัน
 การเรียนรู้ข้อผิดพลาด และหาทางแก้ไข จะทำให้ความหวังครั้งต่อไปมีโอกาสเป็นจริงได้มากขึ้น

ความหวังในปัจจุบัน บุคคลหวังในสิ่งที่ดีในปัจจุบัน จะเป็นส่วนหนึ่งของอนาคต และ
 จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่อยู่แล้วในปัจจุบัน เป็นสิ่งที่ด้อยกว่าในอนาคต บุคคลหวังว่าใน
 อนาคต จะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น บุคคลมักจะใช้ปัจจุบันเป็นจุดที่อ้างอิงถึงความหวังในอนาคต

ความหวังในอนาคต บุคคลมีความหวังในอนาคตที่แตกต่างกันไป บางคนมีกำหนดเวลา
 บางคนไม่มีกำหนดเวลา บางคนอาจกำหนดเวลาในช่วงสั้น เช่น ผู้ป่วยมีความหวังในอนาคตว่าการผ่าตัด
 คงจะประสบผลสำเร็จ เป็นต้น บางคนอาจกำหนดเวลาในช่วงยาว เช่น ผู้ป่วยมีความหวังว่าเขาจะสามารถ
 เดินได้อีกครั้งหนึ่ง เมื่ออาการของเขาดีขึ้น เป็นต้น

6. มิติของบริบท (contextual dimension)

สิ่งแวดล้อมและสถานการณ์แวดล้อม มีอิทธิพลและเป็นส่วนหนึ่งของความหวังของ
 บุคคล สิ่งแวดล้อมเหล่านี้ได้แก่ การสูญเสีย ในสิ่งต่อไปนี้

- 6.1 สูญเสียหน้าที่ทางกายภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี และการสูญเสียชีวิต
- 6.2 สูญเสียหน้าที่และความเป็นอิสระ
- 6.3 สูญเสียความสามารถในการคิดสร้างสรรค์
- 6.4 สูญเสียความสามารถที่จะทำให้สิ่งที่คาดหวังไว้เสร็จสมบูรณ์
- 6.5 สูญเสียสัมพันธภาพที่ดี
- 6.6 สูญเสียความปลอดภัยในทรัพย์สิน ฐานะทางเศรษฐกิจ
- 6.7 สูญเสียสถานภาพทางครอบครัว
- 6.8 สูญเสียความเป็นผู้มีคุณค่า

ต่อมาเฮิร์ท (Herth, 1990) ได้รวมมิติทั้ง 6 ของคูฟอลท์และมาร์ท็อกซิโอเข้าด้วยกัน เนื่องมาจากเป็นมิติที่หลากหลาย จับซ้อนโดยแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดในอนาคต (inner sense of temporality and future) เป็นการรวมมิติด้านสติปัญญาและกาลเวลาเข้าด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้และในอนาคต เป้าหมายในอนาคตอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ แต่บุคคลก็คาดหวังว่าจะบรรลุเป้าหมาย และสามารถควบคุมสถานการณ์ในอนาคตได้ ความหวังในด้านนี้ทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตนในภายภาคหน้า แต่ถ้าบุคคลมองเห็นอนาคตของตนเองไม่มั่นคงถาวร ก็จะทำให้บุคคลขาดพลังใจที่จะทำให้เกิดความหวัง

2. ความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก (inner positive readiness and expectancy) เป็นการรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมเข้าด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจ และพยายามกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในทางบวก รวมทั้งเป็นความรู้สึกมั่นใจในการกระทำของตน ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าการมีชีวิตของตนมีคุณค่ามากขึ้น ความหวังในด้านนี้จะรวมถึงการฟื้นฟูความทรงจำทางบวกในอดีตได้ด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น (interconnectedness with self and others) เป็นการรวมมิติด้านความผูกพัน และบริบทเข้าด้วยกัน ความหวังในด้านนี้แบ่งเป็น

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตน ซึ่งหมายถึงคุณสมบัติ (attributes) หรือ ความสามารถ (competence) ของบุคคลได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจ (determination) เป็นการยืนยัน หักแน่วแน่ว่าสิ่งที่คาดหวัง เช่น บุคคลจะคาดหวังว่า “ไม่มีสิ่งใดที่ทำให้ฉันละทิ้งจากสิ่งที่ต้องการ” “ความตั้งใจอันแน่วแน่ทำให้ฉันรู้สึกเข้มแข็ง”

3.1.2 ความกล้าหาญ (courage) มักจะเกิดขึ้นหลังจาก “ความตั้งใจ” บุคคลจะคาดหวังว่า “ความกล้าหาญจะช่วยฉันในการเผชิญหน้ากับความเจ็บปวด” ความกล้าหาญช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนจะประสบผลสำเร็จ ผลที่ตามมาคือช่วยประคับประคองความหวังของตน

3.1.3 ความสงบ เยือกเย็น (serenity) เป็นความรู้สึกสงบราบรื่นภายในจิตใจ ซึ่งในความรู้สึกนี้จะช่วยส่งเสริมให้มีความหวัง

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว บุคคลที่มีความสำคัญต่อชีวิต เป็นต้น เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความเอาใจใส่ ให้

กำลังใจแก่ตน ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนร่วมแบ่งปันความรู้สึก รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความหวังขึ้นภายในจิตใจ นอกจากนี้ยังหมายถึงความศรัทธาต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น จิตวิญญาณและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น เนื่องจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือคำอธิบายที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนจะผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ด้วยดี

การประเมินความหวัง

เนื่องจากความหวังเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคล สามารถประเมินได้ทั้งโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการใช้แบบประเมินในรูปแบบของการทำแบบทดสอบ (Lange, 1978 ; Nowotony 1989 ; Miller, 1985) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความหวังในกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความหวังที่เรียกว่าดัชนีชี้วัดความหวังของเฮิร์ท (Hert Hope Index, 1992) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยเฮิร์ท (Hert, 1992) โดยใช้แนวคิดของคูฟอลท์และมาร์ท็อคซิโอ (Dufault&Martocchio, 1985) มีความครอบคลุมมิติต่าง ๆ 6 มิติ ของความหวังได้แก่ มิติด้านอารมณ์ มิติด้านปัญญา มิติด้านพฤติกรรม มิติด้านความผูกพัน มิติด้านเวลา และมิติด้านบริบท เฮิร์ทพบว่ามิติต่าง ๆ ดังกล่าวมีความซ้ำซ้อน เฮิร์ทได้ทำการรวมมิติที่มีความคาบเกี่ยวกันเข้าไว้ด้วยกันเพื่อนำไปสร้างแบบวัดความหวังที่เรียกว่า Herth Hope Scale ประกอบด้วยข้อความในการประเมินความหวัง 30 ข้อ ซึ่งต่อมา เฮิร์ท ได้ทำการเรียบเรียงใหม่เหลือ 12 ข้อ และให้ชื่อว่าดัชนีชี้วัดความหวัง (Herth Hope Index) โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดในอนาคต 4 ข้อ กลุ่มความพร้อมและคาดหวังในทางบวก 4 ข้อ และกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น 4 ข้อ ได้มีการนำไปทดสอบและประเมินความหวังอย่างกว้างขวางทั้งกลุ่มที่มีสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเฉียบพลัน กลุ่มผู้ป่วย โรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยใกล้ตาย ผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.97 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91

สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้นำแบบวัดดังกล่าวมาแปลและดัดแปลงข้อความเป็นภาษาไทย 3 ท่านได้แก่ มารยาท วงษาบุตร (2539) ซึ่งนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 จันทนา เดชะคง (2540) นำมาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83 และเรณูการ์ ทองคำรอด (2541)

นำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับบริการดูแล ณ คลินิก ส่งเสริมสุขภาพ แผนกพันธุกิจเอดส์ สภาคริสตจักร ในประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ และเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในอำเภอแม่ว่าง และอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ค่าความ เชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76

แนวความคิดเกี่ยวกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของอำนาจและความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

อำนาจ (Power) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมีอิทธิพลเหนือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดกับตัวเอง และสามารถควบคุมพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลอื่นได้ด้วย (Miller, 1983, p. 3) มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย ต่างก็มีความต้องการที่จะมีอำนาจด้วยกันทั้งสิ้น นักจิตวิทยาเชื่อว่า ความต้องการมีอำนาจของมนุษย์มีรากฐานมาจากการปกป้องตนเอง และต้องการเสริมบารมีตนเอง (Robert, 1978, p. 127) เกรนซ์ (Krensch cited in Robert, 1978, p. 127) ได้ให้ความหมายของความต้องการมีอำนาจว่าเป็นความปรารถนาของคนเราในการที่จะควบคุมบุคคลอื่น หรือสิ่งอื่นให้ยอมรับฟังหรือทำตามที่เราบอก แต่เมื่อใดที่คนเราประสบกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีบุคคลอื่นมาควบคุมการกระทำของเรา เราจะรู้สึกว่าอำนาจที่มีอยู่ในตนเองลดน้อยลง หรือรู้สึกสูญเสียอำนาจนั่นเอง

ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

จอห์นสัน (Johnson, 1967, p. 40) กล่าวถึงความรู้สึกสูญเสียอำนาจทางด้านจิตสังคม โดยเน้นที่ความแตกต่างของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคลว่าเป็นการรับรู้ว่าคุณไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนได้ด้วยตนเอง (Internal control) แต่กลับถูกควบคุมโดยสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่น (External control) ซึ่งตรงกับที่รอย (Roy, 1976, p. 224) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกสูญเสียอำนาจเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าคุณเองสูญเสียความเป็นบุคคลหรือไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

มิลเลอร์ (Miller, 1983, p. 3) กล่าวถึง ความรู้สึกสูญเสียอำนาจว่าเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขาให้เป็นไปดังที่คาดหวังไว้ บุคคลที่คาดหวังว่าจะสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ในระดับสูง จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้มาก

สมิธ (Smith, 1983, p. 128) ให้คำจำกัดความของความรู้สึกสูญเสียอำนาจว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าสูญเสียความสามารถในการควบคุมชีวิตตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกไร้ประโยชน์ (Futility) สับสน (Confusion) ไร้เหตุผล (Normlessness) แยกตัวจากสังคม (Isolation) และความรู้สึกเหินห่างจากตัวเอง (Self-estrangement)

มัลลินส์ (Mullins, 1994, p. 208) ให้คำจำกัดความของความรู้สึกสูญเสียอำนาจว่าหมายถึง การรับรู้ว่าการกระทำของคนไม่ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และขาดความสามารถในการควบคุม สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถควบคุม สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับคนได้ โดยไม่ทราบว่าจะทำอะไรต่อไปนั่นคืออะไร และมีผลต่อคน อย่างไร กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นกำหนดหรือหยิบยื่นให้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี มีลักษณะที่สำคัญคือการเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย การดำเนิน ของโรคที่ไม่แน่นอน บุคคลเมื่อทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จะรับรู้ว่าคุณเองต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วย (sick role) ไปตลอดชีวิต รอย (Roy, 1976, p. 227) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ป่วยว่า การที่บุคคลรู้สึกว่า ตนเป็นผู้ป่วยก็เนื่องจากเขารู้สึกว่าอำนาจในการตัดสินใจของเขาลดลง จะเห็นได้ว่าปัจจัยของการเกิด ความรู้สึกสูญเสียอำนาจคือการเจ็บป่วย และคาร์เพนิโตได้เสนอปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย อำนาจไว้ดังนี้ (Carpenito, 1983, p. 332)

1. พยาธิสรีรภาพของโรค (pathophysiological) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคน จะมีกระบวนการ ดำเนินของโรค และผลกระทบที่เกิดจากโรคหรือจากการรักษาแตกต่างกันออกไป ไม่ว่ากระบวนการ ของโรคจะเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน ต่างก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ ทั้งสิ้น (Lambert and Lambert, 1981, p. 13) นอกจากนั้นผลกระทบที่เกิดจากอาการของโรคหรือจาก การรักษาที่เป็นอุปสรรคทางด้านร่างกาย ทำให้อ่อนเพลีย เบื่ออาหารคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด เหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถรับผิดชอบการทำงานที่ต่าง ๆ ของตนได้ดังเดิม จำเป็นต้อง อาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่น อีกทั้งการดำเนินของโรคไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (กนกพร หมู่พยัคฆ์, 2532, หน้า 138-148) ปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึก สูญเสียอำนาจได้

2. สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (hospital setting) โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ บุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สามารถตัดสินใจ ด้วยตนเองได้ เนื่องจากไม่มีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเพียงพอ ต้องหันมาพึ่ง

แพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ทราบดีที่สุดว่าการดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขณะนั้นเป็นอย่างไร การมองข้ามความรู้สึกที่ผู้ป่วยมองว่าบุคลากรเหล่านั้นคือที่พึ่งของเขาและเขาพร้อมที่จะทำตามการบอกหรืออธิบายในสิ่งที่เขาต้องการทราบ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนด้อยที่ตกอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกสูญเสียอำนาจและไร้ความสามารถที่จะแสดงออกให้ผู้อื่นเข้าใจในความรู้สึกของตน ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี และบุคลากรในโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ (Lambert and Lambert, 1981, p. 13)

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม (social displacement)

ก่อนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเจ็บป่วย เคยเป็นส่วนหนึ่งในสังคม แต่เมื่อเจ็บป่วยเขาจะไม่สามารถทำตามบทบาทของตนได้อย่างเต็มที่ ทั้งหน้าที่ต่อครอบครัว อาชีพ การงานหรือสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่เหล่านี้ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนขาดความสามารถในการกระทำใด ๆ แม้กระทั่งการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว (บังอร เจริญชัยภูมิ, 2533, หน้า 14) ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนสูญเสียอำนาจได้

4. ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ได้แก่

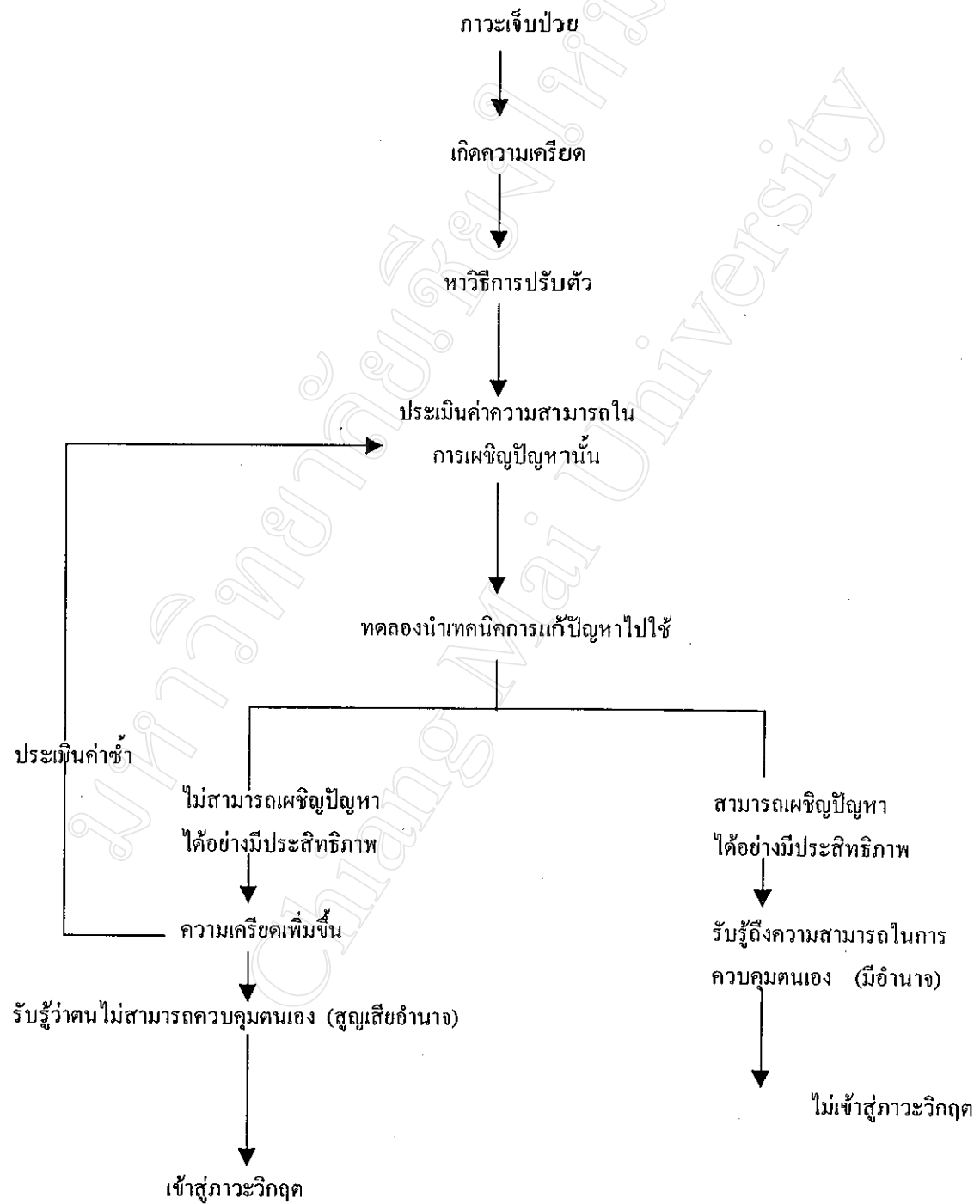
4.1 บุคลิกภาพส่วนตัว (personality) ลักษณะบุคลิกภาพที่สำคัญซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจคือ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมของบุคคล (locus of control) บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตนเอง (internal locus of control) หรือเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการกระทำของตนทั้งสิ้น จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจขณะเจ็บป่วยมากกว่าบุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตนเอง (external locus of control) หรือเชื่อว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเองมาจากโชคชะตา เคราะห์กรรมหรือจากการกระทำของสิ่งอื่น หรือบุคคลอื่น (Miller, 1983, p. 78)

4.2 วุฒิภาวะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละวัยจะมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันตามวัย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ เช่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งอยู่ในระยะสร้างครอบครัวและมีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าวัยเด็ก จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้มาก เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ยิ่งถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากเท่าใด ความรู้สึกสูญเสียอำนาจก็จะยิ่งมีมากขึ้น (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 223)

4.3 ปัจจัยทางสังคมอื่นที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ได้แก่ อาชีพ การศึกษา และรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาดำ รายได้น้อย หรือมีพื้นฐานทางครอบครัวไม่ดีจะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจมากกว่า

การที่คนเรามีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบหรือรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองถูกรบกวนเกิดจากการที่บุคคลนั้นสูญเสียบทบาทสำคัญของตนไป หรือบุคคลนั้นมีความคาดหวังต่อชีวิตของตนอย่างไม่ตรงกับความเป็นจริง (Norris and Connell, 1985, p. 745 อ้างใน ทศพร พัฒนนิรมาน, 2532, หน้า 26) และเมื่ออ้อมโนทัศน์ของคนเรากถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย ความเครียดรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวและหาวิธีการต่อสู้กับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นโดยเฉพาะถ้าเป็นความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในกระบวนการของการปรับตัวเกือบตลอดเวลาเพื่อให้สามารถกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบทบาทของผู้ป่วยนั้นได้ ซึ่งการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันตามการประเมินค่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน (Craig and Edwards, 1983, p. 399) โดยจะประเมินความหมายและความสำคัญของความเจ็บป่วยนั้นจากข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นภาวะของการเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ความพิการ ความไม่สบาย หรือการถูกรังเกียจจากสังคม หลังจากประเมินสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนแล้วก็จะค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่คิดว่าเป็นประโยชน์กับตัวเอง แล้วนำเทคนิคการแก้ปัญหาที่คิดว่าดีที่สุดไปใช้ ถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เขาจะเชื่อว่าการกระทำของเขาให้ผลในทางบวกต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมตนเองหรือมีอำนาจในตนเอง (sense of control or power) นั่นคือผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยของเขาได้

ในทางตรงกันข้ามถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นไม่ได้ผล ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น และจะกลับไปประเมินวิธีการที่เขาใช้ในการแก้ปัญหานั้นซ้ำอีกครั้ง แล้วนำวิธีการใหม่ไปใช้ ถ้าวิธีใหม่ใช้ได้ผล ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมตนเองได้ แต่ถ้าวิธีใหม่แล้วยังไม่สามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ ผู้ป่วยจะเกิดการรับรู้ว่าการกระทำของเขาไม่สามารถทำให้เกิดผลตามที่เขาค้นคว้าได้ เขาจะรู้สึกว่าคุณค่าความสามารถในการควบคุมตนเองหรือสูญเสียอำนาจ (lack of control or powerlessness) เมื่อผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียอำนาจความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจะลดลงมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยได้และจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งจะพบว่าเมื่อถึงระยะนี้ผู้ป่วยอาจไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง คอยพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปจนความจำเป็น หรือไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ดังแสดงในแผนภูมิซึ่งดัดแปลงมาจากกระบวนการปรับตัวโดยใช้วิธีการประเมินค่าสถานการณ์ของเคลก และเอ็ดเวิร์ด (Craig and Edwards, 1983, p. 400)



ภาพที่ 2 กระบวนการปรับตัวในผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงจากกระบวนการปรับตัวโดยใช้วิธีการประเมินค่า
สถานการณ์ของเคลกและเอดเวิร์ด (Craig and Edwards, 1983, p. 400)

การประเมินความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ในการประเมินว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวี มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจหรือไม่ ข้อความที่ได้จะต้องแสดงถึงการที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวี รู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเขาได้ หรือรู้สึกว่าเขขาดความรู้ที่จะนำตัวเองไปยังจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ซึ่งอาจประเมินได้จากการบอกเล่า และจากการสังเกตการแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ติดเชื่อเอชไอวี (Carpenito, 1983 : 335, Rambo 1984, p. 291, Miller, 1984, p. 123)

การแสดงออกทางคำพูดของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่รู้สึกสูญเสียอำนาจ บอกถึงการที่เขาไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นกับตัวเอง บอกถึงความสงสัยในผลที่จะเกิดขึ้นจากการดูแลตนเองของเขา บอกถึงความยอมแพ้ในชีวิตและบอกถึงความท้อถอยอยากปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามโชคชะตา นอกจากนั้นอาจเป็นคำพูดที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจที่ตนไม่สามารถตัดสินใจในการกระทำต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง (Miller, 1984, p. 124) ในผู้ติดเชื่อเอชไอวีบางรายอาจไม่มีการโต้แย้งใด ๆ ด้วยคำพูด แต่จะแสดงออกมาในลักษณะของอารมณ์ หรือพฤติกรรมที่คล้ายกับบุคคลที่กำลังวิตกกังวลหรือมีการสูญเสีย (Carpenito, 1983, p. 332) ผู้ติดเชื่อเอชไอวีบางรายอาจแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองการสูญเสียอำนาจในลักษณะของการโกรธ หลีกหนี ไม่เป็นมิตร ยอมตามผู้อื่นทุกอย่าง ทำสิ่งต่าง ๆ อย่างไม่มีเป้าหมายขาดการตัดสินใจ ปล่อยให้ชีวิตเป็นไปตามโชคชะตา หรือเฉยเมยไม่สนใจที่จะรู้หรือร่วมมือในการดูแลตนเอง (Rambo, 1984, p. 291)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะสูญเสียอำนาจจากการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่บอกความรู้สึกสูญเสียอำนาจได้ตรงกับข้อเท็จจริงและน่าเชื่อถือมากกว่าการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยประเมินตามแนวคิดของโรเบิร์ต ซึ่งแบ่งสาเหตุของความสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ ๆ ได้แก่ (Robert 1978, p. 127)

1. เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการควบคุม (loss of control) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1.1 สูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย (physiological loss of control) เมื่อระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายของคนเรารู้สึกความเครียดหรือความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพทางกายทั้งในด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (physical functioning) และความสามารถในการรักษาสุขภาพของร่างกายเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามภายนอก (physical reserve) ลดลง จากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ติดเชื่อดังกล่าว ทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย บางรายไม่สามารถทำกิจกรรม

ใด ๆ ได้ดั้งเดิม บางรายความจำ ความเฉลียวฉลาดและสมารถลดลง นอกจากนั้นปัญหาเกี่ยวกับความบกพร่องของภูมิคุ้มกันทำให้ติดเชื้อง่าย มีปัญหาความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหาร ความบกพร่องในความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ เหล่านี้ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือทุกข์ทรมาน โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถควบคุมหรือยุติภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกว่าการสูญเสียอำนาจที่จะต้านทานการคุกคามจากความบกพร่องเหล่านี้ได้

1.2 สูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ (psychological loss of control) มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะเป็นตัวของตัวเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งอำนาจของตน มนุษย์เราไม่ได้มีความต้องการเพียงแคให้ผู้อื่นทำตามที่เราต้องการเท่านั้น แต่ยังต้องการที่จะยืนยันความเป็นตัวของตัวเองได้ด้วย ทันทิที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้ารับการช่วยเหลือ อำนาจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการที่จะยืนยันความเป็นตัวของตัวเอง (self-affirmation) ต้องสูญเสียไป (Krench, et al., Cited in Roberts, 1978, p. 129) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกเสียอำนาจในการโต้แย้งกับบุคคลอื่นในสิ่งที่เขาไม่เห็นด้วยหรือไม่ต้องการ (self-assertion) เขาไม่สามารถตัดสินใจที่จะเลือกการทำการกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกว่าแม้แต่กิจวัตรประจำวันบางอย่างของเขายังต้องเป็นไปตามที่ผู้อื่นกำหนดให้

นอกจากความเครียดทางด้านร่างกายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องเผชิญกับความเครียดทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวลในภาพลักษณ์ของตนเอง ต้องรักษาภาพลักษณ์ให้อยู่ในสภาพที่น่าพอใจ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาการสูญเสียภาพลักษณ์จะเกิดขึ้นตั้งแต่ว่าติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องอดทนต่อความพยายามปรับตัวในการรักษาภาพลักษณ์ของตนเอง อีกทั้งอาจเครียดจากการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายเช่น การติดเชื้อ มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียดทางด้านจิตใจ ด้านอื่น เช่น มีความคับข้องใจเนื่องจากขาดการตอบสนองในความต้องการพื้นฐานของชีวิต หรือเกิดความขัดแย้งในใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนหรือไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนได้เต็มที่ และต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ ความเครียดต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูญเสียการควบคุมทางด้านจิตใจได้ทั้งสิ้น

1.3 สูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม (environmental loss of control)

จากความรู้ที่ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อกันได้ และยังไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาดได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องตายทุกราย ข้อมูลเหล่านี้ทำให้เอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องเผชิญกับปฏิกิริยาต่าง ๆ จากคนรอบข้าง จากความกลัวว่าจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เมื่อให้การดูแล

ใกล้ชิด ส่งผลถึงสัมพันธภาพในครอบครัว และระหว่างครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัวอื่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายถูกรังเกียจจากสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวถึงกับหย่าร้าง หรือหลบหนี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดหลักประกันและมีข้อจำกัดต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต กิจกรรมในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาเกิดความยุ่งยากใจในการที่จะพูดคุยกับผู้อื่น ถึงสภาพของตนเอง บางรายถูกตราหน้าจากสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมักแยกตนเองออกจากสังคม อีกทั้งปัญหาที่ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมเมื่อเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเข้ารับบริการตามสถานที่ที่เจ้าหน้าที่จัดไว้ให้ ต้องปรับตัวต่อกฎระเบียบและขั้นตอนของสถานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจรู้สึกเสียการตัดสินใจและความเป็นตัวของตัวเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 222)

2. เกิดจากการขาดความรู้ จากสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ต้องเผชิญดังกล่าว ก่อให้เกิดความตื่นกลัวในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้เป็นอย่างมาก ผู้ป่วยเกือบทุกคนมักจะคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความกลัวเช่น กลัวที่จะต้องเข้าโรงพยาบาล กลัวความเจ็บปวด กลัวความพิการ กลัวความตาย และเกรงจะเป็นภาระคนอื่น ความกลัวเหล่านี้จะเกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก และคิดตัวมาเรื่อยๆ แต่ถูกเก็บกดไว้ เมื่อเจ็บป่วยจึงแสดงออกมา ความวิตกกังวลส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ บีแลนด์และพัสส์ได้กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้ จึงทำให้ทำนาย สิ่งที่จะเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้าและเกิดจากการได้รับข้อมูลไม่สมบูรณ์ ทำให้การรับรู้ผิด หรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง (Beland & Passos, 1981, p. 377 อ้างใน ชุตินา มุสิกะสังข์ ,2535, หน้า 65) ผู้ป่วยอาจคาดการณ์ไปในทางที่ไม่ดี รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมชีวิตของตนเอง จะก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจมากขึ้น การขาดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงการไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษาที่จะได้รับ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทราบว่าจะอะไรเกิดขึ้นกับตน หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะนี้หมายความว่าอย่างไร โรคเอดส์เป็นโรคที่มีความไม่แน่นอนในเรื่องการวินิจฉัย ปัญหาความรุนแรงของโรค ความรวดเร็วในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการขาดความรู้เหล่านี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการบอกกล่าว แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าใจไม่กล้าซักถาม ทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอที่จะตัดสินใจหรือทำนายผลที่จะเกิดจากการกระทำต่าง ๆ ในความเชื่อที่เขาถืออยู่ ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ก็ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูญเสียอำนาจได้ (ปิยะรัตน์ นิลอัยกา, 2537, หน้า 217)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

ดูฟอลท์ (Dufault, 1981) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลคุกคามต่อระดับความหวังของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวน 35 ราย ด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมพบว่าปัจจัยที่คุกคามต่อความหวังของผู้ป่วยได้แก่การรับรู้ถึงความเสื่อมลงของสุขภาพทางร่างกาย การรับรู้ถึงความท้อแท้ สิ้นหวังจากบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลใกล้ชิดหรือผู้ป่วยโรคเดียวกัน จากการแสดงออกทางพฤติกรรมหรือทางคำพูด ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีสิ่งแวดล้อมที่ตนไม่คุ้นเคย การขาดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการรักษา หรือได้รับอย่างคลุมเครือในทางลบ ความรู้สึกว่าเป็นภาระแก่บุคคลอื่น การได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณและการได้รับแต่ประสบการณ์ในอดีตที่มีแต่ความผิดหวัง

เฮิร์ท (Herth, 1990) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับความหวังออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่มที่เริ่มเข้ารับบริการ ระยะที่สองเมื่อมีอาการและอาการแสดงของโรคลุกลามมากขึ้น และระยะที่สามเมื่อใกล้เสียชีวิต พบว่าระดับความหวังในระยะแรกและระยะที่สองไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในระยะที่สาม

ราเลห์ (Raleigh, 1992) ได้ศึกษาปัจจัยและวิธีการคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 45 ราย และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ 45 รายด้วยวิธีการสัมภาษณ์ พบว่าเมื่อการดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น มีผลทำให้ระดับความหวังลดลง และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีวิธีการในการคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตของตนไม่แตกต่างกันและวิธีการที่ถูกใช้มากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตมากขึ้น การสวดมนต์หรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ การเบี่ยงเบนความสนใจหรือความคิดของตนเอง การพูดคุยกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน การอ่านหนังสือ และการระบายความรู้สึกและอารมณ์ออกมาด้วยวิธีการต่าง ๆ

มารยาท วงษาบุตร (2539) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 20 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีคะแนนเฉลี่ยของความหวังในด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวกมากที่สุด รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น และด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ตามลำดับ อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทาง

บวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาาดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 195 คน พบว่าความหวังในชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าความหวังด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านเวลา ด้านสภาพการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูงและความหวังด้านความผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กนกเลขา แก้วสว่าง (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมกาาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกให้คำปรึกษาสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คลินิกนรีนาม โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 110 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกาาส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

จันทนา เตชะภุห (2540) ศึกษาความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 คน พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) ศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการ ณ คลินิกแผนกพันธุจเอดส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย จังหวัดเชียงใหม่ และเป็นสมาชิกของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในอำเภอแม่วาง อำเภอแม่แตง พบว่า จำนวน 30 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยความหวังที่วัดได้ทั้ง 3 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 6 สัปดาห์ และจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความหมายและความสำคัญของความหวังตามการรับรู้ของตนเองว่า ความหวังเป็นสิทธิส่วนบุคคลของมนุษย์ทุกคน ความหวังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการคงอยู่ของชีวิต ความหวังหมายถึงการมีจุดหมายหมายของชีวิต และความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดกำลังใจ มีสิ่งที่มุ่งหวัง 8 ประการ ได้แก่ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การมีกำลังใจและจิตใจที่เข้มแข็ง การมีชีวิตอยู่ยืนยาว การใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่ามากที่สุด การมีความผาสุกของบุคคลสำคัญในชีวิต การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างตนเองกับบุคคลรอบข้าง ความพอเพียงของรายได้และการมีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ที่ได้ผล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ

ไดมอน (Dimond, Cited in Miller, 1983, p. 7) ทำการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดที่ไต พบว่าการมีขวัญและกำลังใจ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิบสัน และเคนริค (Gibson & Kenrick, 1998, pp. 737-745) ศึกษาความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดที่ขา จำนวน 9 คน พบว่า ความรู้สึกสูญเสียอำนาจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพยาธิสภาพหรือความพิการของขา และสัมพันธ์กับรูปแบบการรักษา กล่าวคือ วิธีการที่แพทย์ต้องใช้ความรวดเร็ว อันแสดงถึงสภาวะความเสี่ยงสูง นำสู่การคาดหวังของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการรู้สึกสูญเสียอำนาจ ยังอยู่ในสภาวะเสี่ยงสูงมาก ความรู้สึกสูญเสียอำนาจยิ่งมาก

ทศพร พัฒนนิรมาน (2523) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 100 คน พบว่าปัจจัยทางด้านอัตมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกสูญเสียอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชุติมา มุสิกะสังข์ (2535) ศึกษาความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เข้ารับการรักษาพยาบาล จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และความสามารถในการทำกิจวัตรแตกต่างกัน มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่มีอายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน และระยะเวลาของการเป็นอัมพาตแตกต่างกัน มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจไม่แตกต่างกัน

กัลยกร ฉัตรแก้ว (2538) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสูญเสียอำนาจ

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคนอื่น (2539) ศึกษาความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนในสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร พบว่า ความทุกข์จากความเจ็บป่วย มีอิทธิพลโดยตรงในทางบวกกับการสูญเสียอำนาจโดยรวมค่อนข้างสูง

จากการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีความหมายและความสำคัญต่อการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการคงอยู่ของชีวิต อีกทั้งความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ซึ่งเป็นความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ทั้งในตัวเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งหากบุคคลมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจจะนำมาซึ่งผลเสียต่อสุขภาพได้จาก

ความรู้ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจ โดยเชื่อว่า การพัฒนาความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพได้ อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการปรากฏเพียงเล็กน้อย เป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถมีบทบาทต่าง ๆ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ แต่มีความเสี่ยงที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องได้ง่าย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความหวังและความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีสุขภาพที่ดีอย่างยาวนานที่สุดได้อีกทางหนึ่ง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

