

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ความซึมเศร้าและการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี
2. แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า
3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับความซึมเศร้า

โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี

เอดส์ หรือ AIDS มาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่ม
อาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อันเนื่องมาจากการได้รับเชื้อไวรัส
ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า เอชไอวี หรือ HIV (Human Immunodeficiency Virus) เข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการ
ทำลายเซลล์ต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะทีเฮลเปอร์ ลิมโฟไซต์ (T-helper lymphocytes) จนเป็นเหตุ
ทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีอาการเจ็บป่วยบ่อย รักษาไม่หาย และเสียชีวิตในที่สุด (กรองกาญจน์
สังกัส และคณะ, 2537; Ginzburd & Mac Donald, 1986)

พยาธิสภาพของโรคเอดส์

เชื้อเอชไอวี มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 100-200 นาโนเมตร มีจีโนม (genome) เป็น
RNA และมีเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเทส (reverse transcriptase or RT) โดยมีโปรตีนทำหน้าที่
เป็นเปลือกหุ้ม (capsid) ครอบ RNA และ RT เอาไว้ มองเห็นเป็นแกนกลาง (core) รูปทรงกระบอก
คอร์โปรตีน (core protein) ที่สำคัญ คือ P24 รอบนอกออกไปมีเปลือกหุ้ม (envelope) ล้อมรอบ โดย

มีปุ่ม (spike) ยื่นออกมา ตำแหน่งโปรตีนที่มีปุ่มนี้มีความสำคัญในการนำเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายคือ GP120 ในการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะพบว่าไวรัสเอชไอวีจะใช้ ส่วน GP120 ที่มีปุ่มไปเกาะติดกับรีเซพเตอร์ไซต์ (receptor site) บนผิวเซลล์ พบว่ารีเซพเตอร์ไซต์นี้เป็นตำแหน่งเดียวกับ CD4 ซึ่งพบมากบนทีเซลล์เพอร์ ลิมโฟไซต์ พบบ้างที่ผิวของแมคโครฟาจ (macrophage) ดังนั้นไวรัสเอชไอวีจึงมีความจำเพาะที่จะติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ทีเซลล์เพอร์ ลิมโฟไซต์ มากกว่าเซลล์อื่นๆ ไวรัสเอชไอวีจะมีการเพิ่มจำนวนภายในเซลล์ที่เข้ามาในเซลล์ RNA ของไวรัสสามารถเปลี่ยนเป็น DNA ไวรัส โดยใช้เอนไซม์ RT และรวมตัวเข้ากับ DNA ของ เซลล์เป็นโปรไวรัส (provirus) อาจแบ่งอย่างสงบ หรือแบ่งตัวไปพร้อมกับเซลล์ที่ติดเชื้อ ไวรัส เอชไอวีจะเพิ่มจำนวนได้มากในแอกติเวท ทีเซลล์ (Activated T-cell) ทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อถูก ทำลายลง มีจำนวนลดลง การที่ทีเซลล์เพอร์ ลิมโฟไซต์ (Helper T-cell) ลดลงอย่างมาก มีผลทำให้เกิดการ บกพร่องของภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) ขึ้น จึงก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส (opportunistic infection) ต่างๆ จาก แบคทีเรีย โปรโตซัว พาราสิต ไวรัส เชื้อรา ที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้ง่าย และ/หรือเกิดมะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's sarcoma) หรือ มะเร็งของต่อมน้ำเหลือง (β -cell lymphoma) ขึ้น โดยทั่วไปแล้วระยะฟักตัวของโรคตั้งแต่เชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเกิดเป็นโรคเอดส์นั้น ในผู้ใหญ่เกิดได้ตั้งแต่ 3-8 ปี ในเด็กระยะฟักตัวสั้นกว่า ประมาณ 2 ปี (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535)

จากการที่ไวรัสเอชไอวีมีความจำเพาะในการติดเชื้อและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน ทีเซลล์เพอร์ ลิมโฟไซต์ดังกล่าว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงไวต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนชนิดต่างๆ ซึ่งการ ดำเนินของโรคอาจจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้ (กรองกาญจน์ สังกาศ และคณะ, 2537)

1. ปัจจัยร่วมที่ไม่ใช่การติดเชื้อ (noninfectious co-factors) ได้แก่

1.1 ภาวะทุพโภชนาการ

เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้พร่องภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ โดยเฉพาะการขาด โปรตีนและแคลอรี โดยภาวะนี้จะลดจำนวนรวมของทีลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) เซลล์เพอร์ ลิมโฟไซต์ และซัพเพรสเซอร์ ที เซลล์ (suppressor T-cell) เกิดการพร่องภูมิคุ้มกันแบบพึ่งเซลล์ ลดการ หลั่งคอมพลีเมนต์ (complement) ลดประสิทธิภาพในการจับกินและฆ่าเชื้อโรค ภาวะ ทุพโภชนาการยังมีผลทำให้ขาดเกลือแร่ที่สำคัญ สารที่จำเป็นต่อร่างกายและวิตามิน ซึ่งมีผลต่อการ ทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกายทำให้ติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย

1.2 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยา และสารเสพติด

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไนโคตน์ แอมเฟตามีน บุหรี่ และยาเสพติดจำพวก เฮโรอีน โคเคน และมอร์ฟิน เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่กดภูมิคุ้มกัน โดยแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของเม็ดเลือดขาวหลายชนิดซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนบุหรี่ปบว่ามีผลเกี่ยวข้องกับการลดจำนวนของเฮลเปอร์ ที เซลล์ และการสูบบุหรี่ยังส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอดอีกด้วย

1.3 น้ำอสุจิและตัวอสุจิ

ในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก อาจมีการฉีกขาดของทวารหนักและ ลำไส้ส่วนล่าง ทำให้น้ำอสุจิและตัวอสุจิเข้าถึงระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด ซึ่งมีผลในการกดภูมิคุ้มกันของร่างกาย

1.4 อายุ

พบมีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกัน ทารกเป็นกลุ่มที่ระบบภูมิคุ้มกันยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่มีการพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ (natural resistance system) ทำให้ไวต่อการติดเชื้อต่าง ๆ รวมทั้งเชื้อเอชไอวี ส่วนในผู้สูงอายุจะเสียภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติทำให้ไวต่อการติดเชื้อเช่นเดียวกัน

1.5 การตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ภูมิคุ้มกันโดยธรรมชาติลดลง จะพบว่าในไตรมาสที่ 2 และ 3 ของการตั้งครรภ์จำนวนและการทำงานของทีเซลล์ลดลง และกลับสู่ภาวะปกติ 1 เดือนหลังคลอด

1.6 เพศ

เพศหญิง จะสูญเสียทีเซลล์ในอัตราที่ช้ากว่าผู้ชายและการดำเนินของโรคก็ช้ากว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงพบว่า เด็กผู้ชายที่เป็นโรคเอดส์ มีอัตราการตายสูงกว่าเด็กผู้หญิงที่เป็นโรคเอดส์

1.7 ความเครียดทางอารมณ์

ความเครียดทางอารมณ์ทำให้การติดเชื้อเริม (herpes simplex) กำเริบมากขึ้นและทำให้เกิดโรคมะเร็งได้อย่างรวดเร็วและสันนิษฐานว่าจะทำให้อาการของโรคปรากฏเร็วขึ้น เนื่องจากเชื่อว่าความเครียดทางอารมณ์มีผลกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน

2. ปัจจัยร่วมที่เป็นการติดเชื้อ (infectious co-factors)

2.1 โรคติดเชื้อต่างๆ

ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อของเนื้อเยื่อ เยื่อบุหัวใจอักเสบจากแบคทีเรีย และการติดเชื้อวัณโรค จัดเป็นปัจจัยที่กระตุ้นแอนติเจนมากขึ้นและทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง

2.2 การติดเชื้อไวรัสชนิดอื่นที่ไม่ใช่เอชไอวี

เช่น ไซโตเมกาโลไวรัส (cytomegalovirus) เริม ไวรัสตับอักเสบบี งูสวัด เอ็มพีไคน์ บาร์ไวรัส (epstein-barr virus) ไวรัสเหล่านี้ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องและส่งเสริมให้การติดเชื้อเอชไอวีรุนแรงขึ้น

เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว มักจะเกิดผลกระทบด้านต่างๆต่อผู้ติดเชื้อตามมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจมีชีวิตรอดอยู่โดยปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยได้เป็นระยะเวลานานหลายปีหรืออาจมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน ในขณะที่ผู้ติดเชื้อบางรายมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตภายในระยะเวลาสั้น ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อทั้งก่อนและหลังการได้รับเชื้อ ความรุนแรงของความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน และการดูแลรักษาสุขภาพเป็นสำคัญ

ผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์ ทำให้มีผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อมากมายหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมและความเป็นอยู่ สรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะขาดความสมดุลไปตามความรุนแรงของโรค ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลยตลอดชีวิตทั้งที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนปรากฏอาการและความรุนแรงในการแสดงอาการของโรคแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยข้างต้น ซึ่งลักษณะอาการที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นได้มากมายกับทุกระบบของร่างกาย จำแนกตามระบบต่างๆดังนี้ (วิชาญ วิทยาสัย และประคอง วิทยาสัย, 2535)

1.1 โรคและความผิดปกติทางผิวหนัง และต่อมน้ำเหลือง แบ่งออกได้เป็น

(1) กลุ่มเนื้องอกหรือมะเร็ง ที่รู้จักกันมากก็คือมะเร็งของหลอดเลือด เป็นอาการที่บ่งบอกว่าผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว

(2) กลุ่มที่มีการติดเชื้อ เช่น เชื้อไวรัสได้แก่ เริม งูสวัด หรือหูดชนิดต่างๆ แบคทีเรียชนิดต่างๆที่ทำให้มีการอักเสบหรือตุ่มหนอง การติดเชื้อราหรือเชื้อปรสิตต่างๆ

(3) กลุ่มอื่นๆ เช่น เรื้อนกวาง ผื่น ตุ่มคัน หรืออาการแพ้ต่างๆ

1.2 ความผิดปกติทางตา จะมีการติดเชื้อชนิดต่างๆที่พบบ่อยคือ เชื้อไวรัส และแบคทีเรีย อาจมีเนื้องอกของตา หรือเกิดความผิดปกติอันเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น มีหนังตาบวม มีผื่น มีจุดเลือดออก ตาแห้ง เยื่อตาอักเสบ เป็นต้น

1.3 ความผิดปกติทางหู คอ จมูก มีการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อแคนดิดา (Candida) ในปากซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกได้ว่าอาการของโรคเริ่มจะรุนแรงขึ้น อาการที่พบบ่อยอีกอย่างหนึ่งในระบบนี้ได้แก่ อาการหวัดเรื้อรัง นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อไวรัสต่างๆได้ เช่นเดียวกับระบบอื่น ๆ ผู้ติดเชื้ออาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บคอขณะกลืนอาหารหรือเจ็บปาก

1.4 ความผิดปกติทางระบบประสาท เป็นกลุ่มอาการที่พบได้เสมอ โดยเฉพาะอาการทางสมอง เช่น อาการหลงลืม ความคิดอ่านเชื่องช้า อาการไม่รู้สึกร่างกาย หรืออาการชัก ซึ่งอาการดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อฉวยโอกาสในสมอง มีเนื้องอกในสมอง หรือสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอดส์

1.5 ความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการสัมพันธ์กับเอดส์ที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นอาการท้องเดินเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุของการตายได้ การติดเชื้อราในทางเดินอาหารโดยมีอาการกลืนแล้วเจ็บ หรือมีแผลในหลอดอาหารเนื่องมาจากการติดเชื้อไซโตเมกาโลไวรัส นอกจากนี้ยังรวมไปถึงอาการของกระเพาะอาหารอักเสบ ลำไส้อักเสบ เช่น อาการปวดท้อง ตัวเหลือง ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารจะมีภาวะทุพโภชนาการได้

1.6 ความผิดปกติในระบบหัวใจ ได้แก่ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ หรืออาการหัวใจโต อาการทางหัวใจมักเกิดร่วมกับความผิดปกติในระบบอื่นๆ ด้วย

1.7 ความผิดปกติของปอด มักเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะเชื้อมาโยคอบคทีเรีย ทูเบอร์คูโลสิส (Mycobacterium tuberculosis) ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดอื่น ๆ อาจเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปอดบวม หรือการติดเชื้อไวรัสก็อาจเป็นสาเหตุของปอดอักเสบได้ การติดเชื้อรา หรือโปรโตซัว ที่สำคัญมากที่สุดคือ นิวโมซิสติส แคริไนอี (Pneumocystis carinii) ซึ่งเป็นสาเหตุของนิวโมซิสติส แคริไนอี นิวโมเนีย (Pneumocystis carinii pneumonia or PCP) ซึ่งจะมีอาการไข้ต่ำ ๆ เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว ไอ มักไม่มีเสมหะ เหนื่อยออก และน้ำหนักลด เนื้องอกหรือมะเร็งปอดก็อาจพบได้เช่นกัน

1.8 ความผิดปกติของไต เช่น มีความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ และความเป็นกรด-ด่าง ซึ่งอาจเนื่องมาจากความผิดปกติในการดูดซึมของทางเดินอาหาร ความผิดปกติของต่อมหมวกไต อาจมีภาวะไตวาย ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการได้รับยารักษาโรคเอดส์ที่มีพิษต่อไต การขาดเลือด หรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ป่วยมักมีอาการเจ็บบริเวณเอวหรือมีอาการปัสสาวะผิดปกติ

1.9 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องมาจากการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ทั้ง ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิต่าง ๆ หรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.10 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ อาการอักเสบและปวดข้อพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ก็อาจพบอาการบวม ข้อติดแข็ง ซึ่งทั้งหมดนี้อาจมีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเข้าสู่บริเวณข้อ

1.11 ความผิดปกติในระบบเลือด พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มักมีอาการซีด และอ่อนเพลีย เนื่องมาจากจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบร่วมกับเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำด้วย และยังพบว่ามีความผิดปกติในรูปร่างและหน้าที่ด้วย จึงอาจพบอาการเลือดออกง่าย หรือจ้ำเลือดตามตัว

1.12 ความผิดปกติทางโภชนาการ เป็นปัญหาที่พบเสมอและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นๆตามมาในผู้ติดเชื้อเอดส์ และเป็นปัจจัยสำคัญของการดำเนินโรค ผู้ติดเชื้อจะมีอาการผอม ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และง่ายต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วย สาเหตุสำคัญของการขาดอาหารคือ (1) รับประทานอาหารได้น้อยลง เพราะเมื่ออาหาร เจ็บปาก เจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บ หรือมีสภาพจิตใจที่หดหู่ซึมเศร้า ท้อแท้ (2) มีความต้องการปริมาณสารอาหารเพิ่มขึ้น เนื่องจากการติดเชื้อ มีไข้ หรือมีการแบ่งตัวของเซลล์มากในผู้ที่มีเนื้องอก และ (3) มีความผิดปกติในการดูดซึมและการเผาผลาญอาหาร

1.13 ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ โดยพบว่าผู้ติดเชื้อมีอาการแพ้ง่าย อาจเป็นผื่นลมพิษ หอบหืด หรืออาการอักเสบทางผิวหนังอย่างรุนแรง

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์

จากการศึกษาถึงรูปแบบการตอบสนองต่อการรับรู้ผลการตรวจเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน สรุปได้ดังนี้ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2535; ปิยรัตน์ นิลยักษา, 2537; ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, 2534; Flaskerud & Ungvarski, 1995; Lewis, 1988)

2.1 ระยะเริ่มแรก ปฏิกริยาที่พบบ่อยที่สุดในระยะนี้คือ ตกตะลึง (shock) ปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง (denial) สลับกับอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง ที่แสดงออกเป็นพัก ๆ แตกต่างกันไป เช่น ไม่เชื่อผลการตรวจ ขอตรวจซ้ำ ยืนยันว่าตนไม่มีปัจจัยเสี่ยง มีความหวาดกลัว เช่น กลัวตาย กลัวความทุกข์ทรมานที่จะต้องเผชิญ กลัวถูกสังคมรังเกียจและทอดทิ้ง

2.2 ระยะกลาง ในระยะนี้ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการหลายอย่างปะปนกัน หรืออาจมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งเด่นชัด แตกต่างกันไป เช่น โกรธ (anger) ตนเองและ/หรือผู้อื่นที่แพร่เชื้อมาสู่ตน รู้สึกผิด (guilt) และลงโทษตนเอง วิตกกังวล (anxiety) เกี่ยวกับโรคและการที่ต้องแยกจากสังคม รวมทั้งความไม่แน่นอน (uncertainty) ในการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคและการรักษา ความสับสนสูญเสียความสำนึกในคุณค่าแห่งตน (loss of self-esteem) เนื่องจากต้องเป็นภาระกับบุคคลอื่น ต้องถูกออกจากงาน หรือสูญเสียความสัมพันธ์ทางเพศกับคนรักหรือคู่ครอง มีอารมณ์ซึมเศร้า

เสียใจ (depressed mood and sadness) สิ้นหวังและหมดหนทางช่วยตนเอง (hopelessness and helplessness) ลักษณะที่พบบ่อยที่สุดในระยะนี้คือ ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้ารุนแรง มักนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

2.3 ระยะปรับตัวและยอมรับความจริง ถ้าผู้ติดเชื้อได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ก็จะสามารปรับตัวและยอมรับความเป็นจริง หาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติได้

3. ผลกระทบด้านความเป็นอยู่และสังคม

การรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี มักทำให้มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อ ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเป็นอยู่ก็จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ ได้เช่นกัน ผลกระทบด้านความเป็นอยู่และสังคมของผู้ติดเชื้อ ได้แก่ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539)

3.1 แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ อาจมีการหยุดงานหรือออกจากงานที่ทำอยู่เดิมจากการที่ลาออกเองหรือถูกให้ออก การเปลี่ยนงานใหม่ การว่างงาน หรือต้องออกจากโรงเรียนหนังสือ ต้องอยู่เฉยๆ ต้องมีชีวิตรอยู่อย่างผู้เจ็บป่วย พึ่งพาบุคคลอื่น และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว

3.2 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอดส์เป็นสาเหตุให้ขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการดูแลรักษา นับเป็นผลกระทบที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมส่วนรวม

3.3 ความสัมพันธ์ทางสังคมเสีย จะมีการปลีกตัวจากสังคมและเพื่อนฝูง เก็บตัวมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงหรือไม่มีเลย เพราะกลัวการถูกรังเกียจและทำใจยอมรับไม่ได้

3.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ความเจ็บป่วยอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง รวมทั้งการทำบทบาทในสังคมด้วย เป็นสาเหตุส่งเสริมให้มีการปลีกตัวออกจากสังคมมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตลดลง

แนวคิดเกี่ยวกับความซึมเศร้า

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือเชื้อเอดส์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็น ด้านร่างกาย ด้านความเป็นอยู่และสังคม ด้านจิตใจและอารมณ์ ล้วนส่งผลเกี่ยวโยงต่อกันทั้งสิ้นโดยเฉพาะส่งผลต่อสภาพจิตใจ ความคิด และความรู้สึก ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความทุกข์ทรมาน มีภาวะเครียดและซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (George, 1989; Pratt, 1995) และส่งผลให้ร่างกายยิ่งทรุดโทรมลงมากขึ้นเป็นวงจรร เพราะสภาพปัญหาเหล่านี้มักทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหมดกำลังใจที่จะดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ความซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้มากทั้งในบุคคลทั่วไป ผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย

และผู้ป่วยจิตเวช ความซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเรา ตั้งแต่ระดับปกติซึ่งอาการจะมีน้อยๆ เริ่มจากรู้สึกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ ยังอยู่ในภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข จนรู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย อาการอาจจะรุนแรงจนถึงขั้นเป็นโรคจิต ในที่สุด (Beck, 1967; Brickhead, 1989; Kaplan & Sadock, 1989)

คำจำกัดความ

ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายความซึมเศร้าไว้หลากหลายประเด็นทั้งที่มีความคล้ายคลึงและแตกต่างกัน อาทิเช่น

ความซึมเศร้า เป็นลักษณะของความรู้สึกเศร้าโศก สลดหดหู่ใจ รู้สึกไร้ค่า หมดสิ้นหนทาง และสิ้นหวัง ที่เกินกว่าปกติ (Wilson & Ren Kneisl, 1996)

เซลิกันแมน (Seligman, 1975 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) ได้กล่าวถึงความซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่แสดงถึงความรู้สึกหมดหวังเมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ ส่งผลให้ยอมจำนนต่อสถานการณ์นั้น

และตามคู่มือระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (DSM-IV) อธิบายว่า ความซึมเศร้าเป็นอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือ ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ โดยมีอาการแสดง เช่น มีความรู้สึกสิ้นหวัง หงุดหงิด รู้สึกไม่แจ่มใส หรือเศร้า (Frances, First, & Pincus, 1995)

สำหรับเบ็ค (Beck, 1967) อธิบายว่า ความซึมเศร้า หมายถึงเป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการทางปัญญา และพฤติกรรมการแสดงออกที่เบี่ยงเบนไปทั้ง 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้าโศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้อารมณ์
2. มีทัศนคติในทางลบ ประกอบด้วย การคิดถึงแต่ตนเองและตำหนิตนเอง
3. มีความปรารถนาที่ถดถอย และลงโทษตนเอง เช่น ปรารถนาที่จะหนี หลบซ่อน หรือปรารถนาที่จะตาย
4. มีการเปลี่ยนแปลงของการทำงานของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ
5. มีการเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรม เช่น เชื่องช้าลง หรือกระวนกระวาย กระสับกระส่าย

จากนิยามความซึมเศร้าที่กล่าวมา ผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับนิยามความซึมเศร้าของ เบ็ค เนื่องจากเป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

สาเหตุของความซึมเศร้า

เกี่ยวกับสาเหตุของความซึมเศร้า ได้มีการอธิบายไว้หลายประการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวคิด พื้นฐานของทฤษฎีในการพิจารณาที่แตกต่างกันไป ซึ่งมีอยู่หลากหลายทฤษฎี เช่น ทฤษฎีชีวเคมี (biochemical theory of depression) กล่าวถึงสารไบโอจีนิกเอมีน (biogenic amines) ในระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีคุณสมบัติกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองส่วนที่ทำให้ตื่นตัวได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และซีโรโทนิน (serotonin) การขาดสารทั้งสองตัวนี้หรือการที่มีสารทั้งสองตัวนี้ต่ำลง จึงมีผลให้เกิดอารมณ์เศร้า (สุวทนา อารีพรพร, 2525) สำหรับการศึกษาขบวนการเมตาบอลิซึมของอิเล็กโตรไลต์ พบว่าในผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีระดับโซเดียมสูงขึ้น และจะลดลงเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ส่วนอิเล็กโตรไลต์ตัวอื่น ๆ ยังไม่มีรายงานผล (Beck, rawlins & William, 1984) นอกจากนี้ยังพบว่า อุบัติการณ์ของอารมณ์ซึมเศร้าจะสูงขึ้นในภาวะที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ภาวะพร่องของต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) คุชชิงซินโดรม (Cushing's Syndrome) ในระยะหลังพบความผิดปกติของการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ในผู้ป่วยอารมณ์เศร้า รวมทั้งโกรทฮอร์โมน (growth hormone or HGH) และ ฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (Thyroid Stimulating Hormone or TSH) ก็มีความผิดปกติเช่นกัน ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (genetic transmission) จากการศึกษาคู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่า คู่แฝดอีกคนมีโอกาที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 แม้ว่าจะยังไม่สามารถหารูปแบบการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2536) และมีการศึกษาพบว่า สภาพครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีความซึมเศร้า ลูกมีโอกาasเป็นได้ร้อยละ 10 ถึง 15 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ลูกมีโอกาasเป็นถึงร้อยละ 50 (นงคราญ ผาสุก, 2535) ส่วนทฤษฎีทางจิตวิทยาที่อธิบายความซึมเศร้า ประกอบด้วย

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้ อธิบายว่า การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือเป็นการสูญเสียในจินตนาการก็ได้ ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะต่างๆ ที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (self image) เลีย นอกจากนี้ยังมีภาวะอารมณ์โกรธ และความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจต่อการสูญเสียนั้น แต่ไม่กล้าแสดงออก เพราะกลัวผู้อื่นจะรังเกียจไม่คบด้วย ส่วนมากจะเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกันจึงเกิดความลังเล เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ความโกรธและ

ความไม่เป็นมิตรเช่นนี้ จะก่อให้เกิดความรู้สึกผิดในใจตนเองซึ่งตนรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีและไม่สามารถแสดงออกอย่างรุนแรงได้ ความรู้สึกที่ไม่ดีจึงผันเข้าหาตนเอง (introjection) ทำให้กลายเป็น โกรธและเกลียดตนเอง เป็นศัตรูกับตนเอง ผลที่ติดตามมาก็คือ เกิดอารมณ์เศร้ามาก มีความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ (loss of self-esteem) ไม่มีความหมาย ไม่มีความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี (Freud, 1957 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996)

แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม (life events and environmental stress) ในการศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้า ผู้วิจัยหลายคนให้ความสนใจกับการศึกษาในเชิงปริมาณและธรรมชาติของสถานการณ์ชีวิต รวมทั้งขนาดและการรับรู้ถึงการสนับสนุนของเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับการเกิดหรือการกลับเป็นซ้ำของความซึมเศร้าหรือคลุ้มคลั่ง (mania) เพกเกลและคณะ (Paykel et al., 1969) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความซึมเศร้าจะมีสถานการณ์ที่สะท้อนใจหลายๆ เรื่องในระยะ 6 เดือน ก่อนเกิดอาการมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า สอดคล้องกับบราวน์และแฮริส (Brown & Harris, 1978 cited in Fortinash & Holoday-Worret, 1996) ที่รายงานไว้ว่า ปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย เช่น การไม่มีเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดสนิทสนม การขาดบุคคลที่ไว้วางใจได้ ภาวะไม่ทำงาน การสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น และถ้าบุคคลมีอารมณ์เศร้านานกว่า 6 เดือน ก็ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive illness) ได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) นั่นคือ กลไกที่มีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ ซึ่งเป็นผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างๆ ส่วนหนึ่ง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ก่อความเครียดเป็นสาเหตุเอื้อให้เกิดความซึมเศร้า

ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive learning theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับความซึมเศร้าว่า เกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล 3 ลักษณะ ได้แก่ (Beck, 1967)

- 1) ความคิดอัตโนมัติ (autonomic thoughts)
- 2) ความคิดนำร่อง (schemata or assumptions)
- 3) ความบิดเบือนทางปัญญา (cognitive distortions)

ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดแรกสุดที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรองจะเป็นตัวกำหนดความคิดนำร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจจะไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งจะบิดเบือนไปตามการรับรู้ นั้น ๆ สำหรับความคิดนำร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้าง

ทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตใจ และสถานการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำความเข้าใจ แปลความ และจดจำข้อมูลต่างๆ ซึ่งความคิดนำร่องในผู้ที่มีความซึมเศร้ามีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

1) รูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง (negative view of self) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่เพียงพอ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้มีความถ้อยในคุณค่าแห่งตนต่ำ และส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว (negative view of world) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจำ จะมองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้คุณค่าของตนเองลดลง เมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้น ๆ ไปในทางลบจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดความซึมเศร้าตามมา

3) รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต (negative view of future) ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปทำให้ท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต ทำให้เกิดความซึมเศร้า

ลักษณะของความคิดนำร่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาดส่งผลให้เกิดความซึมเศร้า ส่วนความบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนำร่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมามาก ถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นความซึมเศร้าก็จะมากขึ้น และมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น ความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยมจึงสามารถให้การช่วยเหลือและป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะทำความเข้าใจและช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวกทดแทน จะเป็นผลให้วงจรของความซึมเศร้าถูกตัดไปทำให้ไม่เกิดความซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตรายได้

อาการและการแสดงของความซึมเศร้า

ผู้ที่มีความซึมเศร้า มักจะมีอาการแสดงต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยความเปลี่ยนแปลงใน 4 ด้าน ดังนี้ (Beck, 1967)

1. ด้านอารมณ์

- 1.1 มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส
- 1.2 มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิด บาป ไร้ค่า
- 1.3 ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ
- 1.4 ความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง
- 1.5 สูญเสียความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ เช่น ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง
- 1.6 อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

2. ด้านปัญญา

- 2.1 มีการประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไม่มี
ความสามารถ
- 2.2 มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง
- 2.3 ต่ำหนิติเตียนตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องถูกตำหนิ ถูกลงโทษ
- 2.4 มีความลำบากในการเลือก และตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ
- 2.5 มองภาพลักษณะของตนเองบิดเบือนไป

3. ด้านแรงจูงใจ

- 3.1 สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจ
ที่จะทำงานต่าง ๆ
- 3.2 รู้สึกเหนื่อยง่าย
- 3.3 มีความต้องการที่จะหลบ เลี่ยง หนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ

- 4.1 มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับ
แรก ๆ ของผู้ที่มีความซึมเศร้า
- 4.2 มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก ตื่นเช้า
ผิดปกติ
- 4.3 ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย
- 4.4 รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

4.5 น้ำหนักลด

4.6 มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกายของตน

นอกจากความเบี่ยงเบนทั้ง 4 ด้านดังกล่าวแล้ว ยังอาจมีอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนร่วมด้วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความซึมเศร้าในระดับรุนแรง

ระดับความซึมเศร้า

ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ (Beck, 1967; Stuart & Sundeen, 1991) ดังนี้คือ

1. ความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหม่อเหงาซึมเศร้า ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนในบางครั้ง ความตั้งใจในการทำงานต่างๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่นหลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

2. ความซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

อารมณ์ซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและมักเป็นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม จะทิ้งสังคมทีละน้อย อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ความซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความต้องการหลีกเลี่ยง หดห่อ ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนต์ และสิ้นหวัง หดห่อความสนใจสิ่งต่างๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ ในชีวิตประจำวันแทบจะไม่มี การเคลื่อนไหวมักจะนั่งอยู่เฉย ๆ กับที่ตลอดเวลา อยู่ในท่าเดียววน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่งผุดลุกผุดนั่ง

ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจจะถอนตัวออกจากโลกของความเป็นจริง และมีความคิดหลงผิด (delusion) ได้

ความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ หรือด้านความเป็นอยู่และสังคม ล้วนส่งผลกระทบ โยงต่อกันทั้งสิ้น โดยเฉพาะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความคิด และความรู้สึก ทำให้ผู้ติดเชื้อตกอยู่ในภาวะวิกฤต เช่น มีความหวาดกลัว เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า (George, 1989; Pratt, 1995) ซึ่งจากการศึกษาถึงการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวของ สุจิรา สุนตระกูล (2536) พบว่า ความทุกข์ของผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ใช่ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพ แต่เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจและความทุกข์ทางด้านสังคม ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตและความมุ่งหวังสำหรับอนาคต อีกทั้งต้องเผชิญกับการรังเกียจของสังคมรอบข้าง สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความทุกข์ที่ทำลายจิตใจและบั่นทอนกำลังใจของผู้ติดเชื้อ

ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม ความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงเร้า คือการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้ถึงผลที่จะเกิดตามมาจากการติดเชื้อทั้งต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง ทั้งจากประสบการณ์ของตนเองและ/หรือจากผู้อื่นว่าเป็นสิ่งที่เลวร้าย ลึกลับ หวัง หมดหนทาง ตนเองไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ได้ และอาจประกอบกับการได้รับแรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม เช่น ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีรูปแบบความคิดในทางลบทั้งต่อตนเอง ต่อประสบการณ์ และต่ออนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีสถานการณ์มากระตุ้น เช่น มีอาการเจ็บป่วยปรากฏ หรือรู้ว่าการสูญเสียของผู้ติดเชื้อด้วยกัน สูญเสียหน้าที่การงานหรือบุคคลใกล้ชิด ก็จะยิ่งแปลสถานการณ์ไปในทางลบมากขึ้นส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมาได้ ธนา นิลชัยโกวิท (2535) ได้กล่าวถึงความความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าอาจพบที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง (major depression) ได้สูงถึงร้อยละ 17.3 ซึ่งมีอาการแสดงดังนี้ (Lewis, 1988)

- 1) มีความรู้สึกสิ้นหวัง
- 2) ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย
- 3) มีความเหนื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น
- 4) นอนไม่หลับ

- 5) ไม่อยากรับประทานอาหาร
- 6) ขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ
- 7) มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 8) อาการแสดงอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับความซึมเศร้า เช่น ความต้องการทางเพศลดลง แยกตัวจากสังคม

อาการและอาการแสดงของความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อเกิดการเจ็บป่วยทางกายได้ง่ายยิ่งขึ้น เนื่องจากทำให้ร่างกายอ่อนแอลง ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่า สภาพจิตใจ ระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกัน ต่างมีอิทธิพลต่อการทำงานของกันและกัน ความซึมเศร้าเป็นสภาพจิตใจอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อร่างกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่ายยิ่งขึ้น (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) และนอกจากนี้สภาพจิตใจที่ท้อแท้ซึมเศร่ายังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อขาดแรงจูงใจ หหมดกำลังใจที่จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองได้ง่าย (Kelly & Murphy, 1992) ดังนั้นการหาแนวทางในการช่วยเหลือและแก้ไขความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือที่หลากหลาย นอกเหนือไปจากการบำบัดด้วยยาซึ่งนิยมใช้กันเป็นส่วนใหญ่ในปัจจุบัน แต่ความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมองเป็นปัจจัยหลักแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากความคิดและการรับรู้สถานการณ์หรือประสบการณ์ที่เบี่ยงเบนไป ซึ่งจากแนวคิดการเรียนรู้ปัญญานิยมของความซึมเศร้า ความซึมเศร้าตามแนวคิดนี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ โดยการช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ หรือความคาดหวัง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีการมีความเชื่อว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองได้ น่าจะส่งผลกระทบต่อระดับของความซึมเศร้าที่ลดลงได้ ดังที่เดวินส์และคณะ (Devins et al., 1982 cited in Bandura, 1986) กล่าวถึงผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ถูกถามชีวิตว่า การรับรู้ว่าคุณรู้สมรรถนะในการจัดการกับชีวิตจะส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าอย่างแน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของเลฟและโอเวน (1996) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการทำฮีโมไดอะลิซิส มีความสัมพันธ์กันทางลบกับความซึมเศร้า

การประเมินความซึมเศร้า

ใช้แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรีขันธ์ (2522)

โดยแบบสำรวจ BDI นี้สร้างขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1961 การใช้ในตอนแรกโดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ จากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกคำตอบในกระดาษคำตอบ ต่อมา เพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเอง จึงใช้เป็นแบบสอบถามแทน แบบสำรวจประกอบด้วย 21 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการแสดง และความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง แบ่งคะแนนแต่ละข้อ ตั้งแต่ 0-3 คะแนนโดยเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิต 15 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย 6 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุม นิยามความซึมเศร้าของเบ็คทั้งด้านภาวะอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม โดยมีเกณฑ์การจัดระดับตามความรุนแรงของความซึมเศร้าดังนี้

- 0-9 คะแนน เป็นระดับปกติ
- 10-15 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย
- 16-19 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
- 20-29 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง
- 30-63 คะแนน มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง

โดยสอบถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบวัดที่ง่ายและวัดซ้ำได้ มีผู้นามาใช้ในการพัฒนางานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของความซึมเศร้า เป็นแบบสำรวจความซึมเศร้าที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยมของความซึมเศร้าที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ และเหมาะสมกับกลุ่มประชากรคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับรู้ผลเสียว่ามีผลเสียต่อชีวิต เนื่องจากแบบสำรวจนี้ใช้ได้ทั้งกับผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ (Nezu, Nezu & Perri, 1989) เบ็ค (1961) ซึ่งเป็นผู้สร้างแบบสำรวจนี้ได้หาความเชื่อมั่นของแบบสำรวจโดยใช้ Spearman-Brown Correlation ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 มิลเลอร์และเซลิเกแมน (Miller & Seligman, 1973 cited in Nezu, Nezu & Perri, 1989) นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี test-retest ได้ .86 และรัตนดา สำโรงทอง (2525) ได้นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับนักศึกษาไทยด้วยวิธี split-half ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 นอกจากนี้ ถัดดา แสนสีทา (2526) ได้ทดลองใช้กับนักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 50 คน หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ซึ่งพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับโดยทั่วไป

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่กล่าวถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองที่ช่วยสร้างพลังให้กับตนเอง และมีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางของจิตใจ (Ross, 1992) กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีบทบาทที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) โดย แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่าสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต นั่นคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน นั่นเอง ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ อารมณ์ และการกระทำของบุคคลเป็นสำคัญ โดยผ่านกระบวนการจูงใจ กระบวนการทางปัญญา และกระบวนการทางอารมณ์ (Bandura, 1989)

แบนดูรา (1986; 391) สรุปว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (percieved self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่น หรือ การรับรู้ หรือการตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตามแนวคิดนี้ อีแวนส์ (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) กล่าวว่า บุคคลจะเลือกกระทำพฤติกรรมที่เชื่อว่าตนสามารถจัดการได้แต่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากความสามารถของตนเอง การที่บุคคลเชื่อว่าตนมีความสามารถ จะมีความอดสาเห อดทน ไม่ท้อถอยได้โดยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่ประสิทธิภาพของการแสดงออกอาจแตกต่างกันได้ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน แม้ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกัน ถ้ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละสถานการณ์แตกต่างกัน ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาได้ต่างกัน

แหล่งที่มาของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบนดูรา (1986) เสนอแนะว่า บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มา 4 ประการ ดังนี้

1. การบรรลุผลจากการกระทำของตนเอง (enactive attainment) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรง ภายหลังการกระทำนั้นถ้าประสบความสำเร็จจะทำให้เขารับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประสบการณ์ที่ยากลำบากหรือที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ (enactive mastery experience) (Bandura, 1997) ในทางตรงข้ามถ้าล้มเหลวจะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

2. การได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experience) ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้

3. การได้รับคำพูดชักจูง (verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายาม ในการพูดกับบุคคล เพื่อให้เขาเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การพูดเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความความพยายามกระทำพฤติกรรมต่างๆ ให้สำเร็จ มีความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้เกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจและมีความสำคัญต่อตัวเขา และเพื่อให้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจต้องค่อย ๆ สร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการพูดชักจูงร่วมกัน

4. ภาวะทางสรีระ (physiological state) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลจะสูงหรือต่ำ ส่วนหนึ่งขึ้นกับสภาวะทางสรีระวิทยาของเขาเอง อาทิเช่น ในสภาวะที่ร่างกายเกิดความตื่นตัว เช่น วิดกกังวล ตื่นเต้น อ่อนเพลีย เมื่อยล้า หรือเมื่อถูกปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) เช่น ถูกดูถูกว่ากล่าวตักเตือน หรือในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ มักจะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมได้ไม่ดีเท่าที่ควรหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดที่ไม่เหมาะสม อันจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่ำลง (Evans, 1989 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2539) นอกจากนี้เบนดูรา (1997) ยังได้กล่าวถึงสภาวะทางจิตใจว่าเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลด้วย เช่น ในขณะที่บุคคลมีความเครียด ซึมเศร้า หดหู่ จะรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนต่ำ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีที่มาจากแหล่งต่าง ๆ หลายประการดังที่กล่าวมาโดยอาจเกิดจากแหล่งที่มาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลาย ๆ อย่างประกอบกันก็ได้ โดยที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลครอบคลุมใน 4 เรื่อง คือ (Bandura, 1986)

1. พฤติกรรมการเลือก (choice behavior) ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิด ตัดสินใจ อยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติพฤติกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะเลือกทำสิ่งนั้นถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำสิ่งนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำสิ่งนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเลี่ยงการกระทำสิ่งนั้น ๆ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะเลือกทำพฤติกรรมหรือทำงานที่มีลักษณะท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนา

ความสามารถของคนให้สูงขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะหลีกเลี่ยงงานที่ถอย ขาดความมั่นใจในตนเองเป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาตนเอง

2. การใช้พลังและการยืนหยัด (effort expenditure and persistence) ความสามารถของคนเองที่บุคคลประเมินนั้นจะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความมานะพยายามเท่าใดและจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่าง ๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงเท่าใดบุคคลนั้นก็ยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำสิ่งต่าง ๆ มากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำมักจะสงสัยในความสามารถของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรค หรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายากทำให้ขาดความพยายาม และเลิกกระทำไปในที่สุด

3. แบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ (thought patterns and emotional reactions) การตัดสินใจในความสามารถของตนเองของบุคคล หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของเขาระหว่างการกระทำพฤติกรรมและการคาดการณ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะต่ำมักจะรู้สึกที่มีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา ซึ่งเขามีโอกาสสร้างขึ้นได้จากการเรียนรู้ในงานที่ล้มเหลว นั้น ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะสูง จะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ สูง การพบกับอุปสรรคจะเป็นการกระตุ้นตนเองให้มีความพยายามมากยิ่งขึ้น การรับรู้สมรรถนะสมรรถนะแห่งตนจึงเป็นตัวกำหนดแบบแผนความคิดของบุคคล ในการแก้ปัญหาที่ยากนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะสูงจะอนุมานถึงสาเหตุของความล้มเหลวของตนว่าจะเกิดจากการขาดความพยายาม ขณะที่ผู้ที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะต่ำอธิบายว่า เกิดจากการขาดความสามารถของเขาเองและเขาก็จะไม่มี ความพยายามในการแก้ปัญหา รู้สึกหมดหนทาง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมา เช่น เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น (Colins, 1982 cited in Bandura, 1986) ดังที่เดวินส์ และคณะ (Devins et al., 1982 cited in Bandura, 1986) กล่าวว่า ผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงต่าง ๆ ที่ถูกคามชีวิต การมีความเชื่อว่าตนไร้ความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนจะส่งผลให้มีความซึมเศร้าเกิดขึ้นได้แน่นอน

4. เป็นผู้เลือกกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม (human as producers rather than simply foretellers of behavior) บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ โดยเขาจะสนใจและเลือกทำสิ่งที่ท้าทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ และกระทำการต่างๆอย่างไม่วิตกกังวล ตรงกันข้ามผู้ที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคต

ของตน แต่ไม่พยายามใช้ความสามารถของตนโดยหลีกเลี่ยงงานที่ยาก เมื่อพบอุปสรรคก็เลิกล้มการกระทำทำให้มีความปรารถนา ทะเยอทะยานต่ำ และต้องพบกับความเครียด ความวิตกกังวลอย่างมาก

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง

แบนดูรา (1977 cited in Stretcher et al, 1986) ได้กล่าวถึงการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่ามี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกประเมินความเชื่อมั่นว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จหรือไม่ ขั้นที่สองให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น เครื่องมือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายรูปแบบ สามารถวัดได้จาก ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันใน 3 มิติ คือ (Bandura, 1977)

1. มิติด้านขนาด (magnitude) หมายถึงระดับความคาดหวังของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ความคาดหวังในความสามารถของบุคคลแต่ละคนอาจถูกจำกัดอยู่ในการกิจที่ง่ายกว่าแล้วค่อย ๆ ขยับสู่ภาระกิจที่ยากกว่า

2. มิติด้านความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการนำมาปฏิบัติในสถานการณ์นั้นซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั่ว ๆ ไปในสถานการณ์ต่าง ๆ หลาย ๆ สถานการณ์ ประสบการณ์บางอย่างสามารถนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่คล้ายกันได้

3. มิติด้านความแข็งแกร่ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นในกำลังความสามารถของตนเองของบุคคล กล่าวคือ เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง

เครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบวัดที่ละมิติ (Bandura & Adams, 1977) หรือวัดรวม 2 หรือ 3 มิติ ในแบบวัดฉบับเดียวกัน (Grossman, Brick, & Hauser, 1987) ซึ่งมีทั้งแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งเฉพาะเจาะจง และการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่ว ๆ ไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมที่ต้องการวัด

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามกลวิธีที่ประชาชนใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies Used by people to Promote Health or SUPPH) ของเลฟและโอเวน (Lev & Owen, 1996) มาใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยประเมินในมิติด้านความแข็งแกร่ง แบบวัดนี้สร้างขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1986) ซึ่งกล่าวถึงการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าเกิดขึ้นโดยวิธีทางที่ว่าถ้าการปรับแก้ (coping) ของบุคคล

ประสบความสำเร็จ บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามถ้าการปรับแก้ล้มเหลวจะเกิดความสิ้นหวังและจะเป็นตัวยับยั้งแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ และพบว่าในผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีการให้ความสนใจในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ กันมากขึ้นโดยแนวคิดของการดูแลตนเอง ซึ่งกล่าวถึงกลวิธีในการดูแลตนเอง (Self-care strategies) ที่จะลดตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตในทางลบ เช่น อาการแสดงของความวิตกกังวลและความเครียดได้ (Levitan, 1992 cited in Lev & Owen, 1996) ผู้สร้างแบบวัดได้สร้างแบบวัดนี้ขึ้นเนื่องจาก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นในประเด็นด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงได้สร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองขึ้น โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ได้รับความทุกข์ทรมานจากการบำบัด ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด ในครั้งแรก จำนวน 114 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .94 ต่อมาได้ปรับปรุงและตัดข้อคำถามจาก 36 ข้อ ออกเหลือ 29 ข้อ และนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 64 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .90 และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการทำฮีโมไดอะไลซิส (hemodialysis) จำนวน 97 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .84 ซึ่งแบบวัดประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (Lev & Owen, 1996)

1. การปรับแก้ (coping)

ตามที่เบนดูรา (1986) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะในการปรับแก้ของตนเอง (self-percepts of coping efficacy) สามารถลดระดับของการกระตุ้นทั้งก่อน ระหว่าง และหลังประสบการณ์ความพยายามปรับแก้ในสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต การดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่าง ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะเกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบุคคลต้องพยายามหาทางปรับแก้ปัญหา เพื่อให้สภาพจิตใจคืนสู่สภาพสมดุล การพัฒนาความสามารถในการปรับแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ปัญหามิให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การปรับแก้เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และตัดสินใจไม่ได้วิธีการปรับแก้วิธีใดดีที่สุด ขึ้นอยู่กับบริบทของสถานการณ์ บุคคลที่ปรับแก้ความกดดันได้ดีคือผู้ที่รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งโคเฮนและลาซารัส (Cohen & Lazarus, 1977 cited in McCain & Smith, 1994) ได้แบ่งหมวดหมู่ของวิธีการปรับแก้ว่ามีอยู่ 5 วิธี คือ การแสวงหาความรู้ การกระทำโดยตรง การหยุดยั้งการกระทำ การใช้กลไกทางจิต การแสวงหาความช่วยเหลือ สำหรับผู้ป่วยที่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะในการปรับแก้กับความกดดันต่อการรักษาจะนำไปสู่ความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทางตรงกันข้ามผู้ที่ไม่สามารถใช้กลวิธีเฉพาะเหล่านั้นก็จะมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองลดน้อยลง (Lev,

1992) ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องคงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อความเครียดโดยการแสวงหาวิธีการปรับแก้ที่เหมาะสมกับตนเอง

2. การลดความเครียด (stress reduction)

การแสดงออกของสภาวะทางกายที่สัมพันธ์กับการรับรู้ถึงการผ่อนคลายอาจจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเชื่อมั่นและความคาดหวังในความสำเร็จ (Bandura, 1986 cited in Lev & Owen, 1996) ซึ่งการลดความเครียดเป็นวิธีเฉพาะของบุคคลโดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อให้ความเครียดลดลง แต่ละวิธีต้องใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล และแต่ละระดับของความเครียด รวมทั้งบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าการใช้เทคนิคในการจัดการกับความเครียดจะเกิดผลอย่างจริงจัง เทคนิคการลดความเครียดมีด้วยกันมากมาย เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การหายใจลึกๆ (deep-breathing) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) เป็นต้น มีผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ มีผลดีในบุคคลที่มีปัญหาเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งเลฟ (1992) ก็พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งใช้กลวิธีการดูแลตนเองเฉพาะอย่าง เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การสวดมนต์ภาวนา (prayer) การทำสมาธิ (meditation) การจินตนาการ (imaging) จะมีความเครียดต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้วิธีการเหล่านี้

3. การตัดสินใจ (making decision)

แบนดูรา (1986) พบว่า การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์จะลดการกระตุ้นทางร่างกายและจิตใจได้ ในภาวะที่บุคคลต้องตัดสินใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเป็นสภาพที่เกิดความเครียดเกิดขึ้นได้อย่างมาก การตัดสินใจที่ดีหรือไม่ดีสะท้อนถึงความสำเร็จของสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษา การตัดสินใจยอมรับการรักษา รวมทั้งการเลือกปฏิบัติตามวิธีการที่แพทย์แนะนำโดยการไต่ถามและรับฟังข้อมูล คิดพิจารณา ตัดสินใจเลือกกระทำการดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นการสะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วย

4. การทำชีวิตให้เพลิดเพลิน (enjoying life)

แบนดูรา (1986) กล่าวว่า การประเมินสมรรถนะแห่งตนของบุคคลมีผลต่อปริมาณความพึงพอใจที่เขาได้รับจากสิ่งที่เขาทำ อย่างไรก็ตามประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลหนึ่งมีความสุขอาจไม่ได้เป็นความสุขของอีกบุคคลหนึ่งก็เป็นได้ เนื่องจากมาตรฐานของบุคคลแตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินความพึงพอใจของตนเองจึงไม่ได้ตัดสินจากประสบการณ์ของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ตัดสินจากประสบการณ์และมาตรฐานที่ผ่านการประเมินแล้ว มนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาที่จะมี

ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ความสุขของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่เจ็บป่วยถ้าบุคคลสามารถมีประสบการณ์ที่รื่นรมย์หรือมีโอกาสได้ทำสิ่งพิเศษให้กับตนเองเพื่อให้ชีวิตในขณะนั้นดีขึ้น เช่น การช่วยให้ตนเองหรือผู้อื่นผ่านพ้นความเจ็บป่วยและการรักษาที่ทุกข์ทรมานไปได้ สิ่งเหล่านี้จะสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีกำลังใจในการรักษา ช่วยให้สามารถปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยได้

ในการสร้างแบบวัดขึ้นครั้งแรกมีข้อคำถาม 36 ข้อ ต่อมาปรับลดลงเหลือ 29 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามถึงความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง 4 ข้อ ประกอบ ข้างต้น วัดเป็น 5 ลำดับคะแนน จาก 1 ถึง 5 คะแนน โดยคะแนน 1 คือ มีความมั่นใจต่ำสุด และ 5 คือมีความมั่นใจสูงสุด ตามลำดับ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบคือ การปรับแก้ เท่ากับ .92 การลดความเครียด เท่ากับ .86 การตัดสินใจ เท่ากับ .83 และการทำชีวิตให้เพลิดเพลิน เท่ากับ .76 แบบสอบถามนี้ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ทำฮีโมไดอะไลซิส มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด .84 ถึง .90 (Lev & Owen, 1996) จึงกล่าวได้ว่าเป็นแบบประเมินที่มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับความซึมเศร้า

ความซึมเศร้าตามแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม อธิบายว่า เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเป็นครั้งแรก และเหตุการณ์นั้นบุคคลไม่สามารถควบคุมได้ อาทิเช่น การสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการ การรับรู้ว่ามีหนทางช่วยเหลือตนเอง จะทำให้บุคคลเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น และอาจประกอบกับการที่ได้รับแรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม ผลที่ตามมาบุคคลจะประเมินเรื่องราวผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมเรื่อยมา ต่อมาเมื่อประสบกับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิดอย่างอัตโนมัติในด้านลบ โดยทั่วไปผู้ที่มีความซึมเศร้าจะมีรูปแบบความคิดทางลบต่อตนเอง เช่น ประเมินตนเองว่าบกพร่อง ไม่ดี ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา มีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง มีความสำคัญในคุณค่าแห่งตนต่ำ มีรูปแบบความคิดทางลบต่อประสบการณ์ต่าง ๆ รอบตัว เช่น จะมองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด เมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็จะแปลสถานการณ์นั้น ๆ ไปในทางลบ รูปแบบความคิดทางลบต่ออนาคต ผู้ที่มีความซึมเศร้าจะทำนายว่าความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตมีแต่อุปสรรค เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไป

ทำให้หือแพ้ต่ออนาคต สูญเสียความหวัง (Beck, 1967) ซึ่งรูปแบบความคิดดังกล่าวได้นำมาอธิบายตามแนวคิดของเบนดูราน่าจะหมายถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งให้เป็นผลสำเร็จ ซึ่งมีผลต่อแบบแผนการคิด การตอบสนองทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1986) โดยเฉพาะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพอันได้แก่ ความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองโดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงจะดูแลตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การควบคุม และการหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Stretcher et al., 1986) นั่นคือเมื่อบุคคลมั่นใจว่ามีความสามารถที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้ ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี ทำให้มีชีวิตรอดยืนยาวต่อไปได้ ซึ่งจะส่งผลย้อนกลับให้มีความเข้มแข็งลดลงได้ ดังที่เกคาส (Gecas, 1989) อธิบายว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่า เจ็บป่วยหรือซึมเศร้าน้อยกว่า พื้นตัวจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่าและรวดเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่ำ

จากแนวคิดของทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น ได้มีผู้สนใจนำไปศึกษาในกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

เดวิส-เบอร์แมน (Davis-Berman, 1988) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความเข้มแข็งในผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย ในชุมชน โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยทั่วไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางร่างกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม มีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเข้มแข็งอย่างมาก

และการศึกษาของเลฟและโอเวน (1996) ถึงความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต และอาการแสดงทางจิต อารมณ์เศร้าโศก และอาการทุกข์ทรมานจากการรักษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 64 ราย และผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยการทำฮีโมไดอะไลซิส จำนวน 97 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิต และมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอาการแสดงทางจิต อารมณ์เศร้าโศก และอาการทุกข์ทรมานจากการรักษาในทั้งสองกลุ่มเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันในความสัมพันธ์ในกลุ่มย่อยแต่ละด้าน

ส่วนลิตเติลฟีลด์ และคณะ (Littlefield et al., 1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (adherence) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินและตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ การรับประทานอาหารมากเป็นช่วงๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอารมณ์ซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 193 รายอายุ 13 ถึง 18 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยึดมั่นในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีแนวโน้มของการรับประทาน

อาหารมากเป็นช่วงๆ ป่อย มีแนวโน้มของการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และมีอารมณ์ซึมเศร้าได้มาก

นอกจากนี้ กรอส, คอนราด, ฟอกก์, และวอทช์ (Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเป็นมารดา ความซึมเศร้า และความยากลำบากในการแสดงบทบาทมารดาในมารดาที่มีบุตรวัยเดิน จำนวน 252 ราย ติดตามผลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง ในระยะเวลามากกว่า 1 ปี พบว่า มารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเป็นมารดาต่ำจะมีความซึมเศร้าสูง และรับรู้ถึงความยากลำบากในการแสดงบทบาทมารดาสูงด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มตัวอย่างหลายประเภท ทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้เป็นมารดา ดังนั้น ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีความซึมเศร้าจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้วยเช่นกัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีนำมาซึ่งความซึมเศร้า ความซึมเศร้ายิ่งมาก ความบกพร่องในการดูแลสุขภาพของตนเองก็จะยิ่งมากขึ้น ซึ่งความบกพร่องในการดูแลสุขภาพของตนเองนำไปสู่การประเมินและรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการดูแลตนเองต่ำตามมา ถ้าบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองก็จะสูงขึ้น และส่งผลให้มีความซึมเศร้ามลดลงด้วย ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี