

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนา และตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ตอนที่ 3 ลักษณะของโมเดลลิสเรล

ตอนที่ 1 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์

กรมควบคุมโรคติดต่อ (2536) ได้ให้ความหมาย เอดส์ (AIDS) หรือมีชื่อเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immune Deficiency Virus) ซึ่งจะทำลายระบบภูมิคุ้มกัน หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง หรือไม่มีเลย ทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายชนิดนั้น ๆ ได้ง่าย

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (2539) ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม หรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัส เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของคนนั้นเสื่อม หรือบกพร่องจนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็จะเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น

วิทย์ เทียงบุญธรรม (2543 ก) ได้บัญญัติคำว่าเอดส์ หรือโรคเอดส์ ว่าเป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยมีได้เป็นแต่กำเนิด เกิดจากภาวะที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมเนื่องจาก การติดเชื้อไวรัสที่เรียกว่าเอชไอวี เชื้อ HIV ทำลาย lymphocyte ชนิด T-Helper (T4) ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงเป็นผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

ดังนั้นสรุปว่า เอดส์ หมายถึง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อเอชไอวีเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ร่างกายจึงมีโอกาสดูติดเชื้อฉวยโอกาส และเสียชีวิตในที่สุด

ประวัติการณ์โรคเอดส์

ในปี พ.ศ. 2524 พบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคแบบที่เรียกว่าโรคเอดส์ในปัจจุบันที่สหรัฐอเมริกา โดยมีรายงานใน Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) ฉบับวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2524 ในชื่อเรื่องว่า "Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles" โดยรายงานผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* 5 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เมือง Boston และมีลักษณะพิเศษที่ผู้ป่วยเป็นชายหนุ่ม มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ มีลักษณะอาการป่วยเข้าได้กับกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม ซึ่งต่อมามีรายงานผู้ป่วยแบบนี้เพิ่มขึ้นอีก และทางศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคที่แอตแลนตาให้ชื่อว่า Acquired Immunodeficiency Syndrome หรือเรียกสั้น ๆ ว่า AIDS ต่อมาจึงได้พบว่าโรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี และมีผู้ป่วยแบบนี้มาก่อนแล้ว โดยเฉพาะทางแอฟริกา มีหลักฐานพบร่องรอยการติดเชื้อในเลือดของคน Belgian Congo ตั้งแต่ พ.ศ. 2500 หรืออาจจะก่อนหน้านี้ แต่ที่สำคัญ หลังจากรายงานในสหรัฐอเมริกา ได้ 3 ปี ก็มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยจากโรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นรายแรกในเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 และต่อมาก็มีรายงานอีกประปราย ปีละ 1-2 คน จนถึง พ.ศ. 2530 จึงเริ่มพบว่ามีการติดเชื้อในกลุ่มนักโทษจากการศึกษาวิจัยของคณะนักวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ทำให้มีนโยบายไม่ใช้เลือดบริจาคจากนักโทษ และมีการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ มากขึ้น จนพบว่าในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2531 ทำให้มีการปรับแผนป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หลายครั้ง เหตุการณ์ที่มีโรคเอดส์ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยหลังจากมีรายงานในสหรัฐอเมริกาเพียง 3 ปี ซึ่งให้เห็นถึงการแพร่เชื้อโรคติดต่อเป็นไปได้อย่างกว้างขวาง แม้จะอยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกลกัน โดยเฉพาะโรคเอดส์ และเชื้อเอชไอวีนี้ความจริงมีในแอฟริกาอยู่ก่อน และถ้อย ๆ แพร่เข้ามาสู่อเมริกา ยุโรป ผ่านทางเสด และคาริเบียน แต่หลังจากระบาดในอเมริกา ยุโรป แล้วแพร่ขยายออกไปรวดเร็วมาก โดยเฉพาะในท้องถิ่นที่มีพฤติกรรมเอื้ออำนวยต่อการแพร่เชื้อเช่น การฉีดเข้าเส้นเลือดการมีเพศสัมพันธ์สำส่อน การใช้บริการโลหิตที่ไม่ปลอดภัย สำหรับประเทศไทยนั้น ได้รับผลมาจาก 2 ปัจจัยแรกค่อนข้างมาก โรคจึงแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในเวลา 17 ปี ทำให้มีผู้ติดเชื้อรวมถึงประมาณล้านคน (984,000 คน) เสียถึง 289,000 คน จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2543 มีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ทั่วโลก เป็นจำนวน 5.3 ล้านคน เป็นผู้ชาย 2.5 ล้านคน เป็นผู้หญิง 2.2 ล้านคน และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 600,000 คน ส่วนผู้ที่ติดเชื้อและยังมีชีวิตอยู่เป็นจำนวน 36.1 ล้านคน เป็นผู้ชาย 18.3 ล้านคน เป็นผู้หญิง 16.4 ล้านคน และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 1.4 ล้านคน และผู้ที่เสียชีวิตเนื่องจากเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 3 ล้านคน เป็นผู้ชาย 1.2 ล้านคน เป็นผู้หญิง 1.3 ล้านคน และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 500,000 คน

สาเหตุของโรค และพยาธิสภาพ

โรคเอดส์มีการรายงานเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2524 โดยมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้หลายรายแต่ไม่มีใครทราบสาเหตุจนใน พ.ศ. 2526 นายแพทย์ ลูค มงคาเชร์ และคณะ (Luc Montagnie) จากสถาบันปาสเตอร์ในประเทศฝรั่งเศสเป็นผู้ค้นพบเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยเอดส์รกร่วมเพศและให้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา คร. โรเบิร์ต แกลโลและคณะ (Robert Gallo) จากประเทศสหรัฐอเมริกา สามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเอดส์ และเรียกไวรัสนี้ว่า Human T-cell Lymphotropic Virus III (HTLV-III) และในปีเดียวกัน เลวี (Levy) จากประเทศสหรัฐอเมริกาก็สามารถแยกเชื้อจากผู้ป่วยเอดส์อีกคนหนึ่งและให้ชื่อว่า AIDS - Related Virus (ARV) ซึ่งต่อมาพบว่าเชื้อต่าง ๆ ที่พบนั้นเป็นเชื้อเดียวกันและอยู่ในกลุ่ม Retrovirus ดังนั้นคณะศึกษาจึงตกลงตั้งชื่อเป็นสากลว่า Human Immuno-Deficiency Virus (HIV)

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กมาก มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้อไวรัสอื่น ๆ ดังนี้ คือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cell (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย ในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Reverse Transcriptase Enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัว และเปลี่ยนเปลือกนอกที่หุ้มอยู่ (envelop) ได้รวดเร็วกว่าไวรัสชนิดอื่นถึง 100-1000 เท่า มีผลให้วัคซีนที่ผลิตขึ้นใช้ไม่ได้ผลกับไวรัสที่เปลี่ยนไปแล้ว นอกจากนี้ส่วนที่เป็นปุ่ม ๆ รอบนอกของตัวไวรัสที่เรียกว่า gp 120 จะมีความจำเพาะกับเซลล์มนุษย์ที่มี CD4 receptor อยู่บนผิวเซลล์ ได้แก่ T4 lymphocyte, Monocyte, Langerhans giant cell ของผิวหนัง Glia cell ของระบบประสาท Enterochonaffin cell ของระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ โดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น โดยที่ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงของโรค ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึง 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์ จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวต่อไปจนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ระยะนี้จะตรวจหาเชื้อไวรัสจากเลือดได้ และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกายได้แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด โดยเชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นได้โดยตรง เช่น Micro glia cell ทำให้เกิดโรคจิตประสาท หรือแขนขาอ่อนแรงได้ในระยะสุดท้าย เมื่อเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้นระดับแอนติบอดีจะลดลง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป และเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งบางชนิดได้

ภายหลังได้รับเชื้อ 3-6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน และจะหายไปได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์ก่อนเข้าสู่ระยะติดเชื้อโรคเอดส์โดยไม่มีอาการ โดยระยะนี้ ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใดเลยที่แสดงว่าติดเชื้อโรคเอดส์ นอกจากการตรวจเลือดที่พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง (T4 Lymphocyte) และพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากขึ้น ร่างกายจะเริ่มปรากฏอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองโต มีไข้ หรืออุจจาระร่วงเรื้อรัง มีเชื้อราในปาก เป็นต้น ระยะที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการ (ARC & AIDS) โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี หรือมากกว่า บางคนอาจใช้เวลา 1-2 ปี ก็ปรากฏอาการ สำหรับระยะฟักตัวในเด็กจะใช้เวลาน้อยกว่า ซึ่งในทารกที่เกิดจากมารดาที่มีเชื้อเอชไอวีจะใช้ระยะฟักตัวโดยเฉลี่ยเพียง 7-9 เดือน

การติดต่อของเชื้อเอชไอวี

การติดต่อของเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย แหล่งอาศัยเชื้อ(reservoir) ทางออก ทางเข้า และตัวที่เป็นแหล่งรับเชื้อ (host) แหล่งอาศัยของเชื้อเอชไอวี คือ คน เมื่อสารน้ำจากผู้เป็นแหล่งอาศัยเชื้อ เช่น เลือด น้ำคั่งหลังจากรักษาช่องคลอดออกสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก เชื้อจะไม่มี การแบ่งตัวเพิ่มจำนวน และจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ในที่สุดเชื้อก็จะตาย แหล่งต่าง ๆ รวมทั้งยังไม่ใช่แหล่งอาศัย หรือพาหะของโรค เชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ทั้งหญิงสู่ชาย และชายสู่หญิง

1. การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexual transmission) สามารถติดต่อได้ทั้งหญิงสู่ชาย และจากชายสู่หญิงในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ (homosexual) ด้วย การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อได้ ถึงแม้ว่าจะมี โอกาสของการติดต่อเชื่อน้อยก็ตาม ผู้หญิงจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงกว่าผู้ชาย และกว่าร้อยละ 50 คู่ นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะติดเชื้อตามไปด้วย พฤติกรรมทางเพศที่มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ ต่างกัน พบว่าการร่วมเพศทางทวารหนักมีความเสี่ยงมากที่สุด เพราะขณะมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิด การเสียดสีของเยื่อเมือกได้มาก รองลงมาคือทางช่องคลอด และที่เสี่ยงน้อยที่สุด คือ วิธีใช้ปาก (oral sex) ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อคือ การมีแผล หรือรอยถลอกบริเวณเยื่อเมือกของช่องคลอด ซึ่งเป็นทางที่เชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ หรือพฤติกรรมสลับส่อน ทางเพศก็เช่นกัน การแพร่เชื้อจะเป็นไปได้มากในช่วงแรก และในช่วงสุดท้ายของโรค ดังนั้น กลุ่มบุคคลที่มีโอกาสแพร่เชื้อได้มากเป็นอาชีพที่ต้องเปลี่ยนคู่นอนก็คือหญิง-ชายขายบริการทางเพศ

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การแพร่กระจายโดย การรับเลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี การได้รับเลือดที่มีเชื้อ เอชไอวี 1 ยูนิต จะมีโอกาสติดเชื้อเกือบร้อยละ 10 ปัจจุบันเลือดทุกยูนิตก่อนที่จะให้ผู้ป่วย

จะผ่านการตรวจแอนติเอชไอวี (Anti-HIV) และพี 24 แอนติเจน (p24 antigen) อย่างไรก็ตาม การตรวจนี้ยังไม่สามารถตรวจหาผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในช่วงรับเชื้อเข้าไปก่อนที่จะมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (window period) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดกระบอกฉีดยา และเข็มไม่ดี มีเลือดของผู้อื่นปนเข้าไปด้วย มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.1-1 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีตำ หรือบาด เช่น การที่บุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มที่เปื้อนเลือดตำ การใช้เข็มหรือเครื่องมือทางการแพทย์ไม่สะอาด การสักการฝังเข็ม การเจาะรูหู รวมถึงลดจนถึงการเสริมสวยที่ใช้ของมีคม ซึ่งไม่สะอาด แต่โอกาสติดเชื้อเอชไอวี จากวิธีเหล่านี้มีน้อยมากคือ น้อยกว่า 0.5% (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2544)

2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายอยู่แล้ว เนื่องจากการได้รับยากกดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะก่อนผ่าตัด นอกจากนี้การได้รับอสุจิจากผู้ติดเชื้อก็อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้เช่นกัน

3. การติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก (vertical transmission) โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ที่ติดเชื้อมีได้หลายระยะด้วยกันคือ ก่อนคลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอด ทั้ง 3 ระยะมีโอกาสในการติดเชื้อร้อยละ 30-50 ช่วงเวลาของการติดเชื้อของแม่ในช่วงดื้อน (viremia) และช่วงเอดส์เต็มขั้น (full blown) จะมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ลูกได้มากที่สุด การติดต่อของเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกขณะตั้งครรภ์ ยังไม่มีการพิสูจน์แน่ชัดว่าเกิดโดยวิธีใด แต่คาดว่าจะเป็นเกิดจากเชื้อเอชไอวีทำลายระบบป้องกันอันตรายจากรก หรืออาจผ่านเซลล์เยื่อบุรกโดยกระบวนการซึมผ่านแบบแอคทีฟ (active transport) หรือแพสซีฟ (passive transport) ส่วนการติดเชื้อของลูกขณะคลอด เป็นการรับเชื้อโดยตรงจากสารคัดหลั่งจากมดลูกหรือช่องคลอดของแม่ ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งที่มีปริมาณเชื้อเอชไอวี มากรองจากเลือด การติดเชื้อไปสู่เด็กระยะหลังคลอดคือการดูนมจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี แต่การติดต่อโดยวิธีนี้พบได้ในปริมาณที่ต่ำ จากการศึกษา น้ำคัดหลั่งจากร่างกายที่มีเชื้อเอชไอวี แต่ไม่มีความสำคัญในการแพร่เชื้อ คือ สารน้ำจากน้ำมูก เสมหะ เหงื่อ อุจจาระ ปัสสาวะ อาเจียน และน้ำตา ดังนั้นเชื้อเอชไอวี จึงไม่สามารถติดต่อไปสู่ผู้อื่นได้จากการสัมผัสมือ โอบกอดแบบธรรมดา การรับประทานอาหารร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน การอยู่ร่วมกันในสังคมแบบทั่ว ๆ ไปจะไม่มีการแพร่เชื้อ

ลักษณะอาการของโรค

กรมควบคุมโรคติดต่อ (2541) ได้แบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพิจารณาจากลักษณะ

อาการ และอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเอดส์ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อประเทศสหรัฐอเมริกา (The Center for Disease Controlled หรือ C.D.C) ออกเป็น 3 ระยะของโรค คือ

1. ระยะติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีอาการ (HIV) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือไม่มีอาการทางโรคเอดส์

2. ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC or related complex) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน

2.1 มีไข้เกิน 37.8°C เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน

2.2 อูจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง

2.3 น้ำหนักลดเกินกว่า 10% ของน้ำหนักตัว

2.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน

2.5 มีเชื้อราในปาก

2.6 เป็น Hairy Leukoplakia (ฝ้าขาวในช่องปาก)

3. ระยะป่วยเป็นเอดส์ (AIDS) ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี และมีโรคซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

3.1 Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมและปอด

3.2 Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้นปอด ขั้วปอด ต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.3 Cryptococcosis นอกบริเวณปอด

3.4 Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

3.5 Isosporiasis และมีอุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

3.6 Kaposi's sarcoma

3.7 โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ยกเว้นตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง ในเด็กอายุมากกว่า 1 เดือน

3.8 ติดเชื้อเริม (Herpes Simplex) ที่ทำให้เกิดแผลเย็บเรื้อรังเกิน 1 เดือน หรือที่ทำให้เกิดหลอดลม ปอดอักเสบ หรือหลอดอาหารอักเสบในเด็กอายุเกิน 1 เดือน

3.9 Toxoplasmosis ในสมอง ในเด็กอายุเกิน 1 เดือน

3.10 มีการติดเชื้อแบคทีเรียในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปีหลายชนิด หรือเป็นซ้ำ ๆ อย่างน้อย 2 ครั้งใน 2 ปี ด้วยโรคปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อในกระดูก หรือการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นฝีของอวัยวะภายใน (ยกเว้นผิวหนัง เยื่อบุผิวหรือภายในช่องหู)

3.11 Primary Lymphoma ในสมอง

3.12 Lymphoid Interstitial Pneumonia และ/หรือ Pulmonary lymphoid Hyperplasia ในเด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี

3.13 Non – Hodgkin’s Lymphoma of B-cell หรือไม่ทราบชนิด

3.14 Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้น ปอด ขั้วปอด หรือต่อมน้ำเหลือง ที่คอ

3.15 ติดเชื้อ Mycobacterium อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ M.Tuberculosis โดยเป็นชนิดแพร่กระจายตามอวัยวะต่าง ๆ ยกเว้นปอด ผิวหนัง และต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.16 เป็นโรคติดเชื้อ Penicillium Mameffei ชนิดแพร่กระจาย ยกเว้นปอด ขั้วปอด หรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ

3.17 HIV Encephalopathy (Dementia, Subacute Encephalitis)

3.18 HIV Wasting Syndrome (Emaciation, Slim Disease)

3.19 Progressive Multifocal Leukoencephalopathy

3.20 โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii

3.21 เป็น Salmonella Septicemia ซ้ำ ๆ

3.22 เป็นวัณโรคนอกบริเวณปอดอย่างน้อย 1 แห่ง

สถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย

กองระบาดวิทยา ได้รับรายงานจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 266,554 ราย และมีผู้เสียชีวิต 61,204 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 194,446 ราย และมีผู้เสียชีวิต 61,204 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 72,108 ราย

เพศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยเพศชาย 145,791 ราย เพศหญิง 48,655 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3:1

กลุ่มอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 ที่พบมาก เป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุ 20-39 ปี (กลุ่มอายุ 25-29 ปี มีผู้ป่วยที่สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.40 รองลงมาอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.00 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 15.20 อายุ 20-24 ปี ร้อยละ 10.60) ส่วนกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีผู้ป่วย ร้อยละ 3.60

อาชีพ ตั้งแต่ปี 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม, ค้าขาย, งานบ้าน และข้าราชการ พลเรือน (ร้อยละ 44.10, 20.90, 4.30, 3.50, และ 2.50 ตามลำดับ)

ปัจจัยเสี่ยง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 มีผู้ป่วยจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด รองลงมา ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น, ติดเชื้อจากมารดา และรับเลือด (ร้อยละ 83.70, 4.80, 4.50 และ 0.03 ตามลำดับ) สำหรับเพศสัมพันธ์ที่มีพฤติกรรมแบบชายรักร่วมเพศ พบว่ามีการรายงานร้อยละ 0.70

ที่อยู่ปัจจุบัน ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2542 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด 10 อันดับแรก คือ พะเยา รองลงมา ระนอง, เชียงราย, ระยอง, ภูเก็ต, ตรัง, ลำปาง, ลำพูน, เชียงใหม่, จันทบุรี (อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 169.40, 127.00, 121.60, 116.90, 103.40, 101.00, 96.30, 88.20, 87.00 และ 83.00 ตามลำดับ)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงที่สุด 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2544 คือ พะเยา, ระยอง, ตรัง, เชียงราย, ลำปาง, จันทบุรี, ลำพูน, สิงห์บุรี, ปทุมธานี และภูเก็ต (จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เท่ากับ 136.90, 135.90, 120.50, 93.30, 88.40, 86.80, 64.70, 63.90, 58.50, 55.30 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ)

การเสียชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 จำนวนผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตที่ได้รับรายงานจำแนกตามปีที่เสียชีวิตมีจำนวน 53,667 ราย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่าเพศสัมพันธ์ 44,752 ราย สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 83.40 รองลงมา ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น 3,061 ราย ร้อยละ 5.70 ติดเชื้อจากมารดา 2,443 ราย ร้อยละ 4.60 และรับเลือด 15 ราย ร้อยละ 0.03 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2545 ที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary 55,0625 ราย ร้อยละ 24.90 รองลงมา โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 39,949 ราย ร้อยละ 18.00, Cryptococcosis 32,945 ราย ร้อยละ 14.90 Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด 10,283 ราย ร้อยละ 4.60 และ Pneumonia Recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 7,096 ร้อยละ 3.20

ประวัติชมรมเพื่อนวันพุธ

ชมรมเพื่อนวันพุธก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2533 เป็นชมรมที่ก่อตั้งขึ้นโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี สังกัดสภาอากาศไทย เกิดจากการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในวันที่มีคลินิกภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นวันอังคารเช้า คนไข้ที่มาตรวจตามแพทย์นัดก็จะมาชุมนุมปรึกษาหารือกัน โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ขณะที่รอแพทย์ตรวจ หรือหลังจากตรวจกับแพทย์เสร็จแล้วก็จะมาทำความรู้จักกัน ถามไถ่ทุกข์สุขเล่าสู่กันฟังถึงความรู้หรือความก้าวหน้าใหม่ ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์ที่ตนทราบมา หรือได้อ่านได้ฟังมา คนไข้ใหม่จะได้พบกับคนไข้เก่าได้เรียนรู้ถึงวิธีปรับตัวปรับใจ หลังการตรวจพบเชื้อ

เอชไอวีเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า คนที่ปลอดภัย หรือให้คำปรึกษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้คำปรึกษาในลักษณะเป็นกลุ่มให้แต่ละคนมีโอกาสได้พูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปลอดภัยซึ่งกัน และกัน จะได้ผลดีกว่า การที่แพทย์ หรือนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้คำปรึกษา คนใช้ที่ทำหน้าที่ช่วยในการทำกิจกรรมกลุ่มจะได้รับการอบรมจากวิทยากรของสภาวิชาชีพไทย ให้มีความรู้อย่างดีเกี่ยวกับโรคเอดส์ และรู้จักเทคนิคในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งแบบตัวต่อตัว และแบบเป็นกลุ่ม หลังจากการพบปะกันในวันที่มีคลินิกภูมิคุ้มกัน ผู้ติดเชื้อจะจัดให้มีการรวมกลุ่มกันอีกเดือนละครั้งในทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน จึงเป็นที่มาของ "ชมรมเพื่อนวันพุธ" เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็น การฝึกนั่งสมาธิ การนวดเพื่อผ่อนคลายเครียด การให้บริการตัดผมฟรีแก่สมาชิก การฝึกการบรรยายทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ก็จัดทัศนศึกษาตามที่ต่าง ๆ เพื่อพักผ่อน พร้อมทั้งสอดแทรกกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ นอกจากนี้ชมรมยังทำประโยชน์แก่สังคม โดยการเป็นวิทยากรรับเชิญบรรยายตามที่ต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ ในการป้องกันโรคเอดส์ การที่มีคนติดเชื้อเอดส์ มีน้ำหนักมากกว่า การให้ผู้เชี่ยวชาญไปบรรยายให้รู้จักวิธี ป้องกัน และยังร่วมจัดงาน "เทียนส่องใจ" ของสภาวิชาชีพไทย ในวันเอดส์โลก วันที่ 1 ธันวาคม ของทุกปี เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อ เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ในสังคมในลักษณะที่เกื้อกูลประโยชน์ต่อกัน โดยได้เริ่มจัดมาตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2534 เป็นต้นมา

ปัจจุบันชมรมเพื่อนวันพุธ ตั้งก่อกำเนิดอยู่กับศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย ตั้งอยู่ที่ เลขที่ 104 อาคาร 2 ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 02-253-2666 โดยจะมีเจ้าหน้าที่ ประจำชมรมเพื่อให้บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มเสี่ยง รวมไปถึง ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำตั้งแต่วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 9.00-16.30 น. และนอกจากบริการให้คำปรึกษาแล้ว ยังมีกิจกรรมพบปะสังสรรค์ และให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกสถานที่ ทุก ๆ เดือนเป็นประจำ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมาก และที่ยังไม่เสียชีวิตอีกจำนวนมาก แต่ต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยทั้งร่างกาย และจิตใจ คือได้รับการรังเกียจจากครอบครัว เพื่อน และสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ แต่หากผู้ติดเชื้อได้รับกำลังใจในลักษณะส่งเสริม พฤติกรรมการปรับตัวจากครอบครัว เพื่อน และสังคม ผู้ติดเชื้อย่อมที่จะสามารถปรับตัวได้

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

การปรับตัวเป็นคุณลักษณะของสิ่งมีชีวิต ตั้งแต่สัตว์เซลล์เดียว เช่น อมیبา จนถึงมนุษย์ โดยธรรมชาติของมนุษย์ บังคับให้มนุษย์ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเปลี่ยนแปลง

ของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพของธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์หรือภายในตัวมนุษย์ก็ตาม ล้วนเป็นสิ่งรบกวนทำให้สภาพสมดุลที่เคยเป็นอยู่เสียไป ทำให้มนุษย์ทุกคนต้องพยายามปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลของชีวิตไว้ สำหรับแนวคิดการปรับตัวนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายไว้ดังต่อไปนี้

ลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984, p. 181) ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการประเมินสถานการณ์ หรือสิ่งเร้า และการวางแผน หรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมต่าง ๆ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่จากตัวบุคคลเอง จากสังคมรอบข้าง และสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (social function) 2) ด้านขวัญและความพึงพอใจ (morale or life satisfaction) 3) ด้านสุขภาพของร่างกาย (somatic health)

รอย (Roy, 1984) กล่าวถึงการปรับตัวของบุคคลว่า เป็นพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล หรือกระบวนการตอบสนองทางบวกของบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอก เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี

ลดาวัลย์ อุณประเสริฐพงศ์ (2540) ได้ให้ความหมาย การปรับตัว คือ เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนกลไก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด หรือสิ่งเร้าที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งบูรณาการของชีวิต และดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รอย และ แอนดรูวส์ (Roy & Andrews, 1999) กล่าวว่า การปรับตัว คือ กระบวนการที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์โดยอาศัยความคิด และความรู้สึกของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นส่วนบุคคล หรือกลุ่ม เป็นความรู้สึกตัวของจิตใจ โดยบุคคลสร้างขึ้นเอง และผสมผสานกับสิ่งแวดล้อม

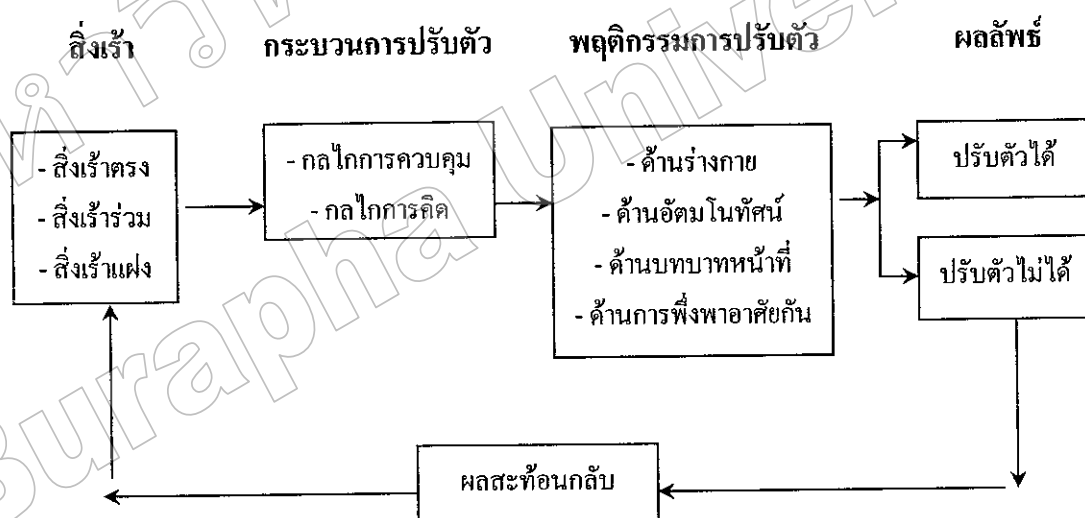
จากแนวคิดความหมายการปรับตัวที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ กระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์อย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดที่รุนแรง และต้องการการปรับตัว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม การปรับตัวของมนุษย์มีหลายแนวคิด สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย

ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ซึ่งเป็นทฤษฎีการปรับตัวทางการแพทย์บาททฤษฎีหนึ่งที่มีการยอมรับ และเป็นแนวคิดในการปรับตัว นำไปประยุกต์ในการพยาบาลอย่างกว้างขวางมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Roy & Andrews, 1995)

ทฤษฎีของรอย (Roy Adaptation Theory) กล่าวว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว (adaptive system) บุคคลเป็นระบบของสิ่งมีชีวิต (living system) บุคคลเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัว เพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาสถิตของชีวิต (steady state) ระบบการปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (input) ผ่านเข้าสู่กระบวนการควบคุม (control process) และนำออกมาเป็นผลลัพธ์ (output) ของการปรับตัว ซึ่งระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะตัวและมีขอบเขตจำกัด หากระดับการปรับตัวนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะส่งผลกระทบต่ออันกลับ (feed back) เข้าสู่ระดับการปรับตัวใหม่ เพื่อให้บุคคลนั้นอยู่ในภาวะสมดุลของกาย จิต และสังคมต่อไป (Roy, 1984, p. 262) ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984, p. 32)

สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้าภายในมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล ส่วนสิ่งเร้าภายนอกมาจากสิ่งแวดล้อมรอบบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าสามารถแบ่งได้ 3 ชนิด

1. สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้านี้เปรียบเสมือนระดับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปรับตัว เช่น ความเจ็บป่วย ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น
2. สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์

หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลด้วยเช่นกัน โดยอาจจะมีผลในทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะมีผลในทิศทางตรงกันข้ามกับสิ่งเร้าตรง จึงช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรง ทำให้มีปัญหาการปรับตัวน้อย ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะมีผลในทิศทางเดียวกับสิ่งเร้าตรง จึงทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวเพิ่มขึ้น เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาการดูแล เป็นต้น

3. สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) หมายถึงสิ่งที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ในอดีต เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม อุปนิสัย และบุคลิกภาพ สิ่งเร้านี้ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่ามีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล

สิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรงอาจกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม ส่วนสิ่งเร้าร่วมอาจกลายเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมาได้ และผลโดยรวมของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่มีอยู่ในขณะนั้น ๆ จะก่อให้เกิดเป็นระดับการปรับตัว (adaptation level) ซึ่งหมายถึงขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในทางบวก (Roy & Andrews, 1999) กล่าวคือ ถ้าสิ่งเร้าอยู่ภายในขอบเขตความสามารถของระดับการปรับตัว บุคคลจะมีการตอบสนองในทางบวก หรือเกิดพฤติกรรมปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าสิ่งเร้านั้นอยู่นอกขอบเขตของระดับการปรับตัว บุคคลจะมีการตอบสนองในทางลบ หรือมีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้น

ตามแนวคิดของรอย บุคคลจะมีกระบวนการควบคุมสิ่งเร้าซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งของกระบวนการปรับตัว ซึ่งกลไกนี้มีมาแต่กำเนิด เป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่มีผลมาจากการถ่ายทอดพันธุกรรม การเกิดขึ้นของกลไกนี้จะเป็นไปโดยอัตโนมัติโดยบุคคลไม่ได้คาดคิดมาก่อน ส่วนกลไกการจัดการที่เกิดขึ้นภายหลัง เป็นผลที่มาจากพัฒนาการและการเรียนรู้ของบุคคล กระบวนการปรับตัวต่อสิ่งเร้าประกอบด้วย 2 กลไกละเอียด ที่สัมพันธ์กันภายในเสมือนว่าเป็นหน่วยเดียวกัน ได้แก่

1. กลไกควบคุม (regulating mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเกิดจากการทำงานประสานกันระหว่างกระบวนการทางระบบประสาทของร่างกาย และระบบฮอร์โมน เมื่อสิ่งเร้าภายในหรือภายนอกเข้าสู่ระบบบุคคลจะแปรสภาพเป็นสารเคมีผ่านไปตามกระแสโลหิต หรือเป็นกระแสความรู้สึกผ่านไปตามเส้นใยประสาทส่วนกลางการตอบสนองจะเกิดขึ้นใน 3 ลักษณะ กระแสประสาทบางส่วนจะผ่านไปยังประสาทไขสันหลังก้านสมอง และรีเฟล็กซ์จะส่งผ่านประสาทไปยังอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้อวัยวะเหล่านั้นมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรับรู้ กระแสประสาทบางส่วนจะมีอิทธิพลต่อการทำงาน

ของคอมพิวเตอร์ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน ซึ่งฮอร์โมนที่หลั่งออกมานั้นมีอิทธิพลต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง ทำให้อวัยวะเหล่านั้นแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง กระแสความรู้สึกบางส่วนจะส่งไปยังสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และจดจำ ทำให้บุคคลเกิดทักษะในการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น การตอบสนองต่อสิ่งเร้าผ่านกลไกการควบคุมจะทำงานร่วมกันอย่างมีเอกภาพ และมีผลต่อกลไกการคิดต่อไป

2. กลไกการคิด (cognator mechanism) เป็นกลไกที่เกิดจาก การทำงานทางจิตที่มีผลต่ออารมณ์ 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) การรับรู้ คือ การเลือกและจดจำสิ่งเร้าที่เข้ามาในระบบ 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้น เกิดการเลียนแบบและหยั่งรู้ ทำให้มี 3) การตัดสินใจแก้ปัญหาโดยเลือกวิธีการตอบสนอง และ 4) กลไกการปรับอารมณ์ ส่วนหนึ่งจะเป็นกระบวนการทางจิตที่ช่วยปรับสภาพอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้สึกสบายขึ้น กระบวนการทั้งหมดทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งรอย (Roy, 1984) ได้แบ่งพฤติกรรมการปรับตัวออกเป็น 4 ด้าน กระบวนการปรับตัวจะทำหน้าที่ควบคุมสัมพันธ์กันเปรียบเทียบเสมือนเป็นหน่วยเดียวกันที่ไม่อาจแบ่งแยกได้ โดยมี การรับรู้ (perception) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางของระบบ และจะปรากฏผลออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งมีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้แบ่งเป็น 4 ด้าน

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode) คือ ปฏิกิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกาย โดยเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะ และระบบต่าง ๆ ที่ประกอบอยู่ภายในร่างกายของบุคคล ประกอบด้วยส่วนประกอบย่อยที่เป็นความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย 5 ประการ ได้แก่ อากาศ อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรม หรือการพักผ่อน และการป้องกัน นอกจากนี้ รอย (Roy) ยังได้รวมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบย่อยการควบคุม คือ การรับรู้ความรู้สึก สารน้ำ และอิเล็กโตรลิตส์ การทำหน้าที่ของระบบประสาท และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อเป็นส่วนประกอบย่อยของการปรับตัวด้านนี้ด้วย หากบุคคลไม่สามารถตอบสนองในทางบวกได้จะปรากฏเป็นพฤติกรรมการปรับตัวในทางลบหรือไม่เหมาะสม และการพักผ่อนนี้มีได้ หมายถึง เพียงการที่ร่างกายหยุดเคลื่อนไหว และหยุดทำกิจกรรมต่าง ๆ เท่านั้น แต่หมายรวมถึงการทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งแต่ละบุคคลเลือกวิธีการกระทำสำหรับตนเอง เช่น การนั่งหลับตา หรือการเดินเล่นในสนามหญ้า เพื่อพักผ่อนในระหว่างการทำงาน เป็นต้น

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) เป็นภาวะสมมูลทางจิตใจ คือ การรับรู้ที่เกิดจากตนเอง และรับรู้การกระทำของคนอื่น ๆ ที่มีต่อตน รวมทั้งรับรู้สิ่งแวดล้อมที่ทำให้ตนรู้สึกสมมูล คือ สบายใจ ผ่อนคลาย โดยเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ ที่เน้นในประเด็นทางจิตใจ และจิตวิญญาณ (spiritual) ของบุคคล โดยเกี่ยวข้องกับความเชื่อ หรือความรู้สึกที่บุคคลยึดถือ เกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ ซึ่งเป็น

การรับรู้ทั้งที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และการรับรู้จากปฏิกิริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง แบ่งเป็น 2 ส่วนประกอบย่อย คือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (physical self) หมายถึง การรับรู้ในรูปร่างหน้าตา และสมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้รูปลักษณ์ของบุคคลเปลี่ยนไปไม่ว่าจะเกิดจากการเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ ถ้าบุคคลไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นได้จะนำมาซึ่งความรู้สึกสูญเสีย นำไปสู่ปัญหาการปรับตัวตามมา พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความบกพร่องในการปรับตัว ได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เป็นต้น

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (personal self) เป็นการรับรู้ต่อตนเอง ทุกอย่างที่เป็นส่วนประกอบเข้าเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วนตัว ดังนี้

2.2.1 อัตมโนทัศน์ส่วนศีลธรรม-จริยา (moral-ethical spiritual self) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับกฎเกณฑ์ ค่านิยมทางสังคม ซึ่งรวมถึงค่านิยมทางศาสนา ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่บุคคลยึดถือเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจว่า สิ่งใดดีเลว ถูก หรือผิด ในภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าจะละเมิดกฎเกณฑ์ หรือค่านิยมทางสังคมก็จะแสดงออกถึงความรู้สึกผิด บาป หรือตำหนิตนเอง

2.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนความสม่ำเสมอแห่งตน (self consistency) บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในตนเองในการแสดงความรู้สึกหรือพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงทางความรู้สึก ภาวะใดก็ตามที่ถูกถามความรู้สึกภายในตน ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคง หรือความปลอดภัยของตนเองจะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวขึ้น คือ ความวิตกกังวล และความกลัว

2.2.3 อัตมโนทัศน์ส่วนอุดมคติ (self-ideal) เป็นความรู้สึกนึกคิด และความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลปรารถนาจะเป็น ทั้งนี้รวมถึงความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนด้วย หากไม่บรรลุตามที่คาดหวัง บุคคลจะรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต

2.2.4 อัตมโนทัศน์ส่วนคุณค่าแห่งตน (self-esteem) คือ ความรู้สึกว่าคุณค่า และได้รับการยอมรับยกย่องจากผู้อื่น มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ภาวะใดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยค่า บุคคลจะพยายามปรับความรู้สึกของตนเอง แต่จะสำเร็จ หรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับความเชื่อมั่น ความเข้าใจ ตลอดจนบุคลิกภาพโดยรวมของบุคคลนั้น ถ้าการปรับตัวไม่สำเร็จจะส่งผลให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มีพฤติกรรมเรีกร้อง หงุดหงิด โมโหง่าย ถือตนเองเป็นศูนย์กลาง และแยกตนเองในที่สุด

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode) คือ ปฏิบัติการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ที่เน้นถึงบทบาท และตำแหน่งหน้าที่ของบุคคลที่มี

ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ ซึ่งแต่ละบุคคลต้องกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนตามที่สังคมคาดหวังไว้อย่างเหมาะสม สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมชีวิต หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ที่กำหนดโดยสังคม และพฤติกรรมสื่อความหมาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกตามความรู้สึก หรือทัศนคติ ความชอบ หรือ ไม่ชอบเกี่ยวกับบทบาทที่ตนเองได้รับ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (primary role) หมายถึง บทบาทที่เป็นไปตามอายุ เพศ และตามระยะพัฒนาการ ซึ่งจะใช้เป็นเกณฑ์หรือบรรทัดฐานในการกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่งของชีวิต เช่น บทบาทของเด็กวัยก่อนเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

3.2 บทบาททุติยภูมิ (secondary role) หมายถึง บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ตามระยะพัฒนาการ และบทบาทปฐมภูมิ บุคคลหนึ่ง ๆ อาจมีบทบาททุติยภูมิหลายบทบาท เช่น บทบาทในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก และบทบาทในสังคม ซึ่งบทบาททุติยภูมิจะมีความสำคัญต่อชีวิต และการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในสถานการณ์ที่ต่างกัน บุคคลเดียวอาจมีหลายบทบาทได้

3.3 บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) หมายถึง บทบาทที่บุคคลได้รับเป็นการชั่วคราว ขณะใดขณะหนึ่ง หรืออาจเป็นบทบาทที่เกิดจากการทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งบุคคลอาจเลือกบทบาทนี้ได้อย่างอิสระ เช่น บทบาทของการเป็นสมาชิกสมาคม ชมรม หรือองค์กรต่าง ๆ แต่ในบางครั้งก็อาจเป็นบทบาทที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือ บุคคลจำเป็นต้องรับ และปรับตัวให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทดังกล่าว เช่น บทบาทของผู้ป่วย

ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีปัญหาการปรับตัวตามบทบาทก็จะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข ปัญหาการปรับตัวตามบทบาท ได้แก่

การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ หรือเจตคติที่ดีต่อบทบาท แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนอย่างถูกวิธีได้ เนื่องจากขาดความรู้ เป็นต้น

การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามบทบาท ทั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออก และเจตคติ แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง

ความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบทบาทของตนเองได้ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อบทบาทนั้น ไม่ตรงกัน เช่น ดำรงบทบาทเป็นผู้คิดเรื่องโฮวี ในขณะที่เดียวกันต้องดำรงบทบาทของ บิดา มารดา สามี หรือภรรยาด้วย ทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทจากการที่ไม่มีเวลาดูแลบุคคลอื่น ต้องทุ่มเทเวลาสำหรับการรักษาตัวเอง เป็นต้น

ความล้มเหลวในบทบาท (role failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองหรือบทบาทใหม่ที่ได้รับ เช่น หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่น เนื่องจากตนเองเป็นผู้คิดเรื่องโฮวี กลัวผู้อื่นรังเกียจ เป็นต้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (interdependence mode) เป็นการตอบสนองทางด้านสังคมของบุคคล ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่จะมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้ความรักและได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และสุขใจ บุคคลจะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีทั้งพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ (contributive behavior) และพฤติกรรมการรับ (receptive behavior) ซึ่งเป็นการรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ดังนั้น บุคคลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้มีความเหมาะสมระหว่างการพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาผู้อื่น และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตนเอง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีก็จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลมีปัญหาในการปรับตัวอาจจะมีพฤติกรรมแสดงออกดังนี้

4.1 พฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่น ไม่เหมาะสม (dysfunction dependence) คือ พฤติกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไป

4.2 พฤติกรรมการพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (dysfunction independence) คือ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายกับตนเอง ได้แก่ ความรู้สึกว่าเหว ความรู้สึกไม่คุ้นเคย การปฏิเสธ การก้าวร้าว เป็นต้น

ระดับพฤติกรรมปรับตัว

ระดับพฤติกรรมปรับตัว หมายถึง ระดับของพฤติกรรมตอบสนองที่เกิดจากการทำงานของกลไกการเผชิญในพฤติกรรมปรับตัว (adaptive behaviors) ซึ่งประเมินได้จากค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมปรับตัว โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ (Roy & Andrews, 1999) ดังนี้

1. พฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ (integrated level of adaptation) หมายถึง ระดับของพฤติกรรมปรับตัวที่โครงสร้างและหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้คิดเชื่อนั้นกระทำหรือรู้สึกอยู่เสมอเป็นประจำ หรือเป็นจริงส่วนมาก

2. พฤติกรรมการปรับตัวที่อยู่ในระยะกำลังปรับตัว (compensatory level of adaptation) หมายถึงระดับของพฤติกรรมการปรับตัวที่ร่างกายกำลังปรับเปลี่ยนกลไกการทำงานทั้งกลไกการควบคุม และกลไกการรับรู้เพื่อที่จะให้ร่างกายมีพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมกับสภาพนั้น ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้คิดเชื่อนั้นกระทำหรือรู้สึกปานกลาง

3. พฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (compromised level of adaptation) หมายถึงระดับของพฤติกรรมการปรับตัวที่เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ และพฤติกรรมการปรับตัวที่อยู่ในระยะกำลังปรับตัวเป็นปัญหาของการปรับตัว ซึ่งลักษณะของพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้คิดเชื่อนั้นกระทำน้อยหรือรู้สึกน้อย หรือนาน ๆ ครั้ง หรือแทบจะไม่กระทำเลย

พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะที่คุกคามจิตใจของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะนำไปสู่การป่วยด้วยโรคเอดส์ซึ่งเป็นโรคที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับอาการทางร่างกายที่ปรากฏอย่างชัดเจน และต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตสังคม ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีจึงก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัว หรือมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพต่อผู้ติดเชื้อทั้งร่างกาย และจิตสังคม ซึ่งแสดงออกเป็นพฤติกรรมการปรับตัว มีทั้งหมด 4 ด้าน (Roy & Andrews, 1999) ดังนี้

1. พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย (physiological mode)

1.1 ก๊าซออกซิเจน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อให้เซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ กระบวนการนี้ได้แก่ กระบวนการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการขนส่งก๊าซเข้าและออกจากเซลล์ หรือเนื้อเยื่อ หากกระบวนการตอบสนอง หรือปรับตัวด้านออกซิเจนในบรรยากาศสม่ำเสมอไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ติดเชื้อก็จะมีการตอบสนอง หรือปรับตัวด้านออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thompson, 1991) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวด้านออกซิเจน แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะป่วยเป็นโรคเอดส์มักจะมีปัญหาด้านออกซิเจน จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการอ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย อาจทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการไอแห้ง ๆ เป็นเวลานาน มีความลำบากในการหายใจเข้าลึก ๆ มีอาการเหมื่อยหอบ หายใจลำบาก ผู้ติดเชื้อระยะนี้มีอาการซีด อ่อนเพลีย อัตราการเต้นของหัวใจ และหายใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกไม่สบายกาย ซึ่งอยู่ในภาวะลำบาก เนื่องจากร่างกายเสียสมดุล

1.2 โภชนาการ พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายเกี่ยวกับโภชนาการในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการจะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพซึ่งหมายถึง กระบวนการย่อยอาหารเป็น

ปกติ ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แบบแผนการ รับประทานอาหารเป็นปกติดี ส่วนผู้ติดเชื้ออาจจะมีปัญหาได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องมาจากการติดเชื้อราที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลมีผลทำให้ผู้ป่วยเจ็บปาก รับประทานอาหารไม่ได้ รวมทั้งภาวะเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับโรค หรือปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จนถึงขั้นรับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะขาดดื่มนั้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากเชื้อเอชไอวีโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีอาการจะมีพฤติกรรม การปรับตัวที่มีประสิทธิภาพซึ่งหมายถึง กระบวนการย่อยอาหารเป็นปกติ ร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แบบแผนการ รับประทานอาหารเป็นปกติดี ส่วนผู้ติดเชื้ออาจจะมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องมาจากการติดเชื้อราที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลมีผลทำให้ผู้ป่วยเจ็บปาก รับประทานอาหาร ไม่ได้ รวมทั้งภาวะเครียดจากการที่ต้องเผชิญกับโรค หรือปัญหาอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาไม่ได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด ทำให้เมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง จนถึงขั้นรับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะขาดดื่มนั้นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงเกิดจากเชื้อเอชไอวีโดยตรง ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.3 การขับถ่าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระ คือ ท้องร่วงเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ จากผลของความผิดปกติในระบบทางเดินอาหาร นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของอาการท้องผูก ซึ่งเกิดจากการอุดตันของลำไส้จากมะเร็ง แคลโปลิซาร์โคมา หรือมะเร็งตัวอื่น ๆ ร่วมกับการได้รับน้ำ และอาหารในปริมาณน้อย ดังนั้น หากผู้ติดเชื้อไม่สามารถที่จะปรับตัวต่อการขับถ่ายได้ดี ผู้ติดเชื้อก็ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมปกติได้

1.4 การทำกิจกรรม และการพักผ่อน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแทบทุกรายไม่ว่าจะอยู่ในระยะติดเชื้อเฉียบพลัน ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ หรือระยะที่ปรากฏอาการ จะมีอาการอ่อนเพลียไม่มากนักน้อย ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากทางร่างกาย เช่น มีอาการไข้เรื้อรัง อุจจาระร่วงเรื้อรัง น้ำหนักลดลง เป็นต้น ส่วนการนอนหลับพักผ่อนจะพักผ่อนได้น้อย กล่าวคือ อาจจะนอนไม่หลับ พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะเครียด และแรงกดดันด้านจิตใจ หากผู้ติดเชื้อไม่สามารถพักผ่อนให้เพียงพอ ย่อมที่จะไม่สามารถปรับตัวได้

1.5 การคุ้มกันร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เนื่องจากถูกไวรัสเอดส์เข้าไปทำลาย CD_4^+ T – Lymphocyte ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา และมักมีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ผิวหนังเป็นปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกำเริบที่ ทำให้มีอาการทางผิวหนัง พบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะป่วยเป็นเอดส์ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลอย่างอื่น เช่น วัย หรืออายุของผู้ติดเชื้อ ซึ่งแตกต่างกันจะทำให้พฤติกรรมกำเริบต่อการคุ้มกันร่างกาย แตกต่างกันไป และสุขภาพในการดูแลความสะอาดของร่างกายหลังจากที่มีอาการทางผิวหนัง จะทำให้พฤติกรรมกำเริบต่อการคุ้มกันร่างกายดีขึ้น

1.6 การรับรู้ความรู้สึก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกิดปัญหาจากระบบการมองเห็น ซึ่งการมองเห็นจะเปลี่ยนแปลงตั้งแต่การติดเชื้อเอชไอวีระยะแรก ๆ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ Cytomegalovirus (CMV) ทำให้การมองเห็นไม่ชัด นอกจากนี้อาจพบปัญหาของความเจ็บปวดต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ จากอาการไข้ติดเชื้อ เจริญแผลในปาก และคอ หรือปวดศีรษะจากความเครียด เป็นต้น

1.7 สารน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับสารน้ำที่ไม่เพียงพอ จากปัญหาของแผลในปาก และคอ ทำให้กลืนลำบาก ประกอบกับผู้ติดเชื้ออาจมีอาการอาเจียน อุจจาระร่วงเรื้อรัง หรือบางรายอาจมีอาการอุจจาระร่วงอย่างรุนแรงจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำ และอิเล็กโตรไลต์

1.8 การทำหน้าที่ของระบบประสาท การติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทได้ตั้งแต่สมองจนถึงกล้ามเนื้อ โดยมีสาเหตุจากการติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งลิมโฟมาทำให้สมองอักเสบ และเชื้อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้เกิดอาการแสดงได้หลายอย่าง ได้แก่ จมูกง่วงจนถึงอัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ได้เนื่องจากตัวควบคุมผิดปกติ (aphasia) ชัก ลักษณะการเดินผิดปกติ หลังสั่น ล้าสน พฤติกรรมผิดปกติ และอาจมีอาการอาเจียน เมื่ออาหารร่วมด้วย

1.9 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพบปัญหาของการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ได้จากผลของปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นทั้งสาเหตุทางร่างกาย และจิตใจของผู้ติดเชื้อ เมื่อส่วนประกอบย่อยต่าง ๆ ของการปรับตัวด้านร่างกาย และการปรับตัวด้านจิตสังคมมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากการศึกษาของนงนุช เชาว์นิลปี (2540) พบว่า ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อปรับตัวด้านร่างกาย โดยที่เชื้อเอชไอวีจะไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ติดเชื้อให้ลดต่ำลง ทำให้มีโอกาสเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยแทรกซ้อนชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย และปัญหาที่กระทบต่อการปรับตัวด้านร่างกายในผู้ติดเชื้อ จะมีความซับซ้อนมาก และอาจมีผลกระทบต่อทุกระบบ

ของร่างกาย หรือทุกส่วนประกอบย่อยของการปรับตัวด้านร่างกาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995) การศึกษาของวังนา สกุดตี (2542) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในระยะกำลังปรับตัว และเมื่อประสบกับการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อมักไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรดี และการศึกษาของอรุณี หลายพสุ (2541) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาล ผู้ติดเชื้อทุกคนจะผ่านการได้รับคำแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาล รวมทั้งการพบแพทย์ตามนัดทุกเดือน หรือสองเดือน เพื่อตรวจร่างกาย และรับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ลดความรุนแรงของอาการของโรค และไม่ให้กำเริบมากขึ้น ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีผลต่อการปรับตัวด้านร่างกายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self-concept mode) คือ การปรับตัวที่เกิดจากความรู้สึกก่อกิดที่มีต่อตนเอง ปัญหาการปรับตัวด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นความรู้สึกก่อกิดของผู้ติดเชื้อที่มีต่อสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป อัตมโนทัศน์ด้านร่างกายมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล

2.2.1 อัตมโนทัศน์ส่วนศีลธรรม-จรรยา แอนดรูส์ และรอย (Andrews & Roy, 1991) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกิดความรู้สึกผิด รู้สึกละอายใจในจิตใจของตนเอง เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่ถูกสังคมรังเกียจ เกิดจากการกระทำผิดต่อสังคม เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การสำส่อนทางเพศ รูปแบบของการปรับตัวที่เหมาะสมในขณะนี้ ได้แก่ พยายามไม่ตั้งความหวัง หรือคิดเรื่องอนาคต พยายามดำเนินชีวิตตามปกติ ไม่พูดถึงการติดเชื้อ ดูแลสุขภาพตัวเองเท่าที่จะทำได้ แสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเองทั้งในปัจจุบัน และอนาคต จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ

2.2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนความสม่ำเสมอแห่งตน ผู้ติดเชื้อที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ต้องดิ้นรนต่อสู้ในการเผชิญปัญหาให้หลุดพ้นจากทุกข์ต่าง ๆ เช่น ความทุกข์ที่เกิดจากความหวาดกลัวต่อโรค และอาการที่เกิดขึ้น ความทุกข์ที่เกิดจากความหวาดกลัวว่าสังคมจะรังเกียจ ความทุกข์ที่เกิดจากความกลัวการแพร่เชื้อไปยังบุคคลใกล้ชิด ความทุกข์เนื่องจากขาดความมั่นคงในชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละรายต่างดิ้นรนด้วยการที่จะเผชิญปัญหากับความทุกข์ทั้งการปรับความคิด และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ซึ่งการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละราย

จะแตกต่างกันไป

2.2.3 อัตมโนทัศน์ส่วนอุดมคติ หากผู้คิดเชื่อเอชไอวีรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความภูมิใจในตนเองจากสมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลง หรือเปลี่ยนไปทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้

2.2.4 อัตมโนทัศน์ส่วนคุณค่าแห่งตน การคิดเชื่อเอชไอวี มักจะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมองตนเองในทางลบว่าเป็นบุคคลที่ล้มเหลวในชีวิต ดังนั้นหากผู้คิดเชื่อไม่สามารถปรับตัวได้ ย่อมที่จะไม่เห็นคุณค่าในตนเอง หากผู้คิดเชื่อเห็นคุณค่าในตนเอง ย่อมที่จะสามารถปรับตัวได้

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะเห็นได้จากพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น รู้สึกอ่อนล้า สมาธิลดลง ละเลยการดูแลตนเอง เป็นต้น หากผู้คิดเชื่อสามารถปรับตัวทางอัตมโนทัศน์ได้ ปัญหาเหล่านี้คงจะไม่เกิดขึ้น หากเกิดขึ้นก็คงน้อย

จากการศึกษาของนางนุช เขาวนัศิลปี (2540) พบว่า ภาวะการคิดเชื่อเอชไอวีมีผลกระทบต่อ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ตั้งแต่เริ่มรับทราบการติดเชื้อ ดังนั้นการคิดเชื่อเอชไอวีจึงมีผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้คิดเชื่อเอชไอวี การศึกษาของอรุณี หลาขพสุ (2541) พบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่เปิดเผยตนว่าเป็นผู้คิดเชื่อ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการผ่านระยะการปรับตัวมาช่วงหนึ่งแล้ว และผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่ยอมรับผลการติดเชื้อของตนประกอบกับการได้รับการปรึกษา ได้รับคำแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตนจากเจ้าหน้าที่พยาบาลของโรงพยาบาล ตลอดจนได้รับการบริการเป็นอย่างดี ไม่รู้สึกว่าแปลกแยกจากผู้ป่วยโรคอื่นเท่าใดเนื่องจากคลินิกที่ตรวจไม่ได้ระบุว่า เป็นคลินิกสำหรับผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้คิดเชื่อเอชไอวี ซึ่งไม่เป็นการคุกคามภาพลักษณ์ของผู้คิดเชื่อมากนัก นอกจากนี้ผู้คิดเชื่อส่วนใหญ่ยังได้รับโอกาสจากสังคมให้ประกอบอาชีพ และรายได้ บางรายได้รับโอกาสให้เป็นผู้เผยแพร่การดูแล และปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งทำให้ผู้คิดเชื่อมองเห็นคุณค่าในตนเอง และการศึกษาของวันนา สกุลดี (2542) พบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระยะกำลังปรับตัว เนื่องจากการคิดเชื่อเอชไอวีทำให้ความรู้สึกของผู้คิดเชื่อมีความวิตกกังวล สับสน ความรู้สึกผิด และผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตสังคมอยู่ในขั้นวิกฤต ผู้คิดเชื่อจึงมีความสนใจที่จะรับฟังคำแนะนำ และซักถามข้อสงสัยกับแพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับการติดเชื้อที่ตนเองประสบอยู่ ส่วนผู้ที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีใครก็จะพยายามแยกตัวเองออกจากกลุ่ม หรือสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ

3. พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

การติดเชื้อเอชไอวี จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะในระยะที่ปรากฏอาการ เนื่องจากสภาพความเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือถูกกีดกันจากสังคมในเรื่องของการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อที่ปรับตัวได้จะสามารถทำงาน หรือเข้าสังคม และดำรงบทบาทหน้าที่ที่ตนดำรงอยู่ได้ ส่วนผู้ติดเชื้อที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะพบปัญหามากมาย ได้แก่ ปัญหาความสามารถในการทำงานซึ่งมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก เพราะประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และบางรายอาจต้องหยุดทำงาน หรือลาออกจากงานที่ทำอยู่ ทำให้ขาดรายได้ ในขณะที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งเป็นกำลังของครอบครัว สำหรับปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

3.1 การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการป้องกันการกำเริบของโรคตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลได้ไม่เหมาะสม

3.2 การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยแสดงกิริยาที่สดชื่นแจ่มใส เพื่อปกปิดความวิตกกังวล และความกลัวที่มีต่อการเจ็บป่วย

3.3 ความขัดแย้งในบทบาท ตัวอย่างเช่น มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์จำเป็นต้องให้นมกับลูก แต่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากแพทย์แนะนำว่าไม่ควรให้นมลูก

3.4 ความล้มเหลวในบทบาท ได้แก่ การที่ผู้ติดเชื้อไม่พบปะผู้คน ย้ายบ้านหนีไปพักอาศัยอยู่ในสถานที่จัดเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

จากการศึกษาของนางนุช เซาว์นสีลปี (2540) พบว่า ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่ โดยที่ผู้ติดเชื้อบางรายอาจต้องหยุดงาน หรือออกจากงานที่เคยทำอยู่ บางรายต้องเปลี่ยนงานใหม่ หรือบางรายต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในครอบครัว การศึกษาของอรุณี หลาพสุ (2541) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเฉลี่ย 1-3 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการปรับตัวมาระยะหนึ่ง จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี ($M = 2.50$, $SD = 0.33$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการ และอาการแสดงของโรคค่อนข้างน้อย เพราะส่วนใหญ่ร้อยละ 40.90 อยู่ในระยะการดำเนินโรคที่ยังไม่แสดงอาการ

และไม่เคยเข้านอนโรงพยาบาลเลยถึงร้อยละ 48.50 จึงมีผลให้สามารถปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ในระดับค่อนข้างดี การศึกษาของสมพร สันติประสิทธิ์กุล (2541) พบว่า ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวในบทบาทต่าง ๆ คือ บทบาทบิดา ให้การดูแลบุตรใกล้ชิดมากขึ้น แต่บางรายห่างเหินบุตรเพราะกลัวว่าบุตรอาจติดเชื้อจากตน และส่วนใหญ่มีความห่วงใยอนาคตของบุตร เรื่องผู้ดูแล ผู้ส่งเสีย และกลัวบุตรอายุที่มีบิดาเป็นเอดส์ สำหรับบทบาทสามีรู้สึกผิดเพราะเป็นผู้นำเชื้อมาให้ภรรยา จึงให้การดูแลเอาใจใส่ห่วงใยภรรยา และเบี่ยงเบนความสนใจพาครอบครัวไปพักผ่อนนอกบ้านแต่บางรายไม่สามารถพาไปได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพ และค่าใช้จ่าย พยายามสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้ครอบครัว มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาน้อยลง และบางรายงดการร่วมเพศเพราะเกรงว่าภรรยาอาจได้รับเชื้อเอชไอวี ในบทบาทผู้ป่วย ความรู้สึกหลังการติดเชื้อคือ ปวดตก บางรายมีอาการเครียด และบางรายต้องการแบ่งปันความรู้สึกกับผู้ที่ติดเชื้อด้วยกัน และมีการดูแลสุขภาพมากขึ้น พบแพทย์เมื่อมีอาการไม่สบาย และบางรายรักษาด้วยสมุนไพรร่วมด้วยมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อด้วยการสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ในบทบาทหน้าที่การงาน ส่วนใหญ่ยังทำงานได้เหมือนเดิม แต่บางรายทำงานได้น้อยลงเพราะสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ส่วนใหญ่ไม่เปิดเผยผลเลือดแก่เพื่อนร่วมงาน และยังคงมีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. พฤติกรรมการปรับตัวด้านพึ่งพาพึ่งกัน (interdependence mode)

ผู้ติดเชื้อที่สามารถปรับตัวได้จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี มีการพึ่งพาตนเอง และไม่พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไปจนเกิดอันตรายต่อตนเอง หากผู้ติดเชื้อไม่สามารถปรับตัวอาจเกิดพฤติกรรมการพึ่งพาที่ไม่เหมาะสม เช่น บางรายอาจมีการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ในทางตรงกันข้ามผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่กล้าแสดงออกซึ่งความรู้สึกต่าง ๆ ไม่กล้าเรียกร้อง หรือต้องการอะไรมากนัก เพราะเกรงว่าอาจทำให้ถูกทอดทิ้งจากบุคคลรอบข้าง จนก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง เพราะทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน ประคับประคองจิตใจในขณะมีความเครียด ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความอ้างว้าง โดดเดี่ยว และขาดที่พึ่งมากขึ้น

จากการศึกษาของนางนุช เชาวน์ศิลป์ (2540) พบว่า ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อ การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน การศึกษาของอรุณี หลาพสุ (2541) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.30 และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งในปัจจุบันการประชาสัมพันธ์ของสื่อต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และข้อแนะนำในการปฏิบัติต่าง ๆ ทำให้บุคคลใกล้ชิดกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ยอมรับ และอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลเอาใจใส่ได้รับความเห็นใจ ดังนั้น

การคิดเชื่อเอชไอวีจึงมีผลต่อการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันในผู้คิดเชื่อเอชไอวี และการศึกษาของวัจนา สกุกคี (2542) พบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันอยู่ในระยะการปรับตัว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การคิดเชื่อเอชไอวีมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย พฤติกรรมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านพึ่งพาอาศัยกัน แต่ในขณะเดียวกันยังมี สิ่งนำเข้าอื่น ๆ อีกที่ส่งผลต่อการปรับตัวในผู้คิดเชื่อเอชไอวี ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ ระยะเวลาการคิดเชื่อ การเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ โดยมีกระบวนการปรับตัว ได้แก่ การรับรู้ที่เป็นตรรกะไป แสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ส่งผลต่อการปรับตัว

เพศกับการปรับตัว

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย บทบาทหน้าที่ และค่านิยมต่าง ๆ เพศชาย มักถูกคาดหวังจากสังคมให้มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำของครอบครัว หรือสังคม เมื่อเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่รับผิดชอบอยู่ ความสามารถที่ลดลงจากการเจ็บป่วยทำให้รู้สึกว่าสูญเสียบทบาทหน้าที่ มีผลให้ความสามารถในการปรับตัวไม่ดี ในขณะที่เพศหญิงซึ่งถูกมองว่าเป็นเพศที่อ่อนแอ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่า การเจ็บป่วยจึงมีผลกระทบในด้านบทบาทหน้าที่น้อยกว่าเพศชาย จากการศึกษาของแอนเดอร์สัน และนอร์ริส (Andreason & Norris, 1972) พบว่า เพศหญิงจะได้รับความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย แม้จะอยู่ในสภาวะเจ็บป่วยก็ได้รับความช่วยเหลือมากกว่า ดังนั้นจึงคาดว่าเพศหญิงมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย แสดงให้เห็นว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

เพศกับการปรับตัว เพศเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง เนื่องจากเพศหญิง และเพศชายมีความแตกต่างกันด้านรูปร่าง และการทำหน้าที่ทางชีวภาพระหว่างเพศหญิง และเพศชาย จากการศึกษาของลควาลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2541) พบว่า เพศหญิงปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าสังคมไทยสอนให้ผู้หญิงมีความอดทน การแต่งงานของผู้หญิงมีความสำคัญต่อชีวิตและสถานภาพของตน หญิงที่หย่าร้างจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ชีวิตของผู้หญิงจึงถูกพันนาการด้วยการแต่งงาน กับครอบครัวอย่าง

เหนียวแน่น แม้การที่ตนเองต้องกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และต้องทำหน้าที่ดูแลสามี และลูกที่เป็นเอชไอวีด้วยในขณะเดียวกัน ผู้หญิงมักจะไม่ทอดทิ้งคนในครอบครัว ยังคงดำรงบทบาทหน้าที่ภรรยาและมารดาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิตมณี ก้างอนดา (2539) พบว่า เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่เพศหญิงจะปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย และการศึกษาของจิตดินุข หาญพาณิชย์พันธ์ (2541) พบว่า เพศเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยที่เพศชายจะมีการปรับตัวในระดับดี และเพศหญิงจะมีการปรับตัวในระดับดีมาก และการศึกษาของขไมพร จินต์ฌนาพันธ์ (2543) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี และการศึกษาของสุทธิพร ใจแก้ว (2541) พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย ด้วยเหตุผลว่า ผู้หญิงเป็นเพศที่มีความอ่อนหวาน และอดทน มีความรักและความห่วงใยต่อครอบครัว แม้เมื่อตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวี ผู้หญิงส่วนใหญ่จะพยายามดูแลตนเองด้วยการพยายามหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำสมาธิ ด้วยเพราะเกรงว่าหากตนเองเจ็บป่วยจะไม่สามารถดูแลลูก และไม่สามารถ ทำหน้าที่ภรรยาที่ดีได้ ซึ่งต่างจากผู้ป่วยชายที่เมื่อติดเชื้อแล้ว มักจะมีพฤติกรรมที่มีผลทำลายสุขภาพ เช่น การใช้ยาเสพติด ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และเที่ยวโสเภณีเพื่อเป็นการระบายความทุกข์ที่เกิดขึ้น ส่วนการศึกษาของวิจิรา สกุลดี (2542) ได้ข้อค้นพบแตกต่างกันไปโดยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนเพศชายกับเพศหญิงไม่ได้สัดส่วนกัน ซึ่งมีจำนวนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า เพศน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่เพศหญิงน่าจะปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทาง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ที่เป็นตราบบล เพศกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จากการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่า เพศหญิง ยังมีวิธีคิดต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ กล่าวคือ ไม่ยอมออกจากบ้าน เพราะอายเพื่อนบ้านที่ตนมีอาการก่อนสามี ซึ่งชาวบ้านจะเข้าใจว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อก่อน และนำมาแพร่สู่สามีจะถูกมองว่าสำส่อนทางเพศด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อการเปิดเผยสภาพการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่เพศหญิงเป็นเพศรักสวยรักงาม ขี้อาย และไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยเอชไอวีจะรู้สึกว่าคุณภาพเสียภาพลักษณ์ที่ดี จะทนไม่ได้กับการมีตุ่มผื่นตามผิวหนัง ผู้ป่วยพยายามปกปิด และซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่น เกรงว่าสังคมจะขบขันนินทา ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทาง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ โดยเพศหญิงจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน้อยกว่าเพศชาย

เพศกับความเข้มแข็งอดทน จากการศึกษาของศรีธัญญา เบนญกุล (2538) พบว่า ในผู้ป่วย ไตวายเพศชายมีความเข้มแข็งอดทนมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และการศึกษาของ แฮนนาร์ และมอร์ริสซี (Hannah & Morrissey, 1987) พบว่าเพศหญิงวัยรุ่น ระดับมัธยมปลายของแคนาดาจำนวน 317 ราย มีความเข้มแข็งอดทนมากกว่าวัยรุ่นชาย และพบว่า เมื่อผ่านช่วงวัยรุ่นไปแล้ว เพศชายมีความเข้มแข็งอดทนมากกว่าเพศหญิง การศึกษาของกลาวัสกี อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อการมีความเข้มแข็งอดทน โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพศหญิงจะมีความเข้มแข็งอดทนมากกว่า ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งอดทน

เพศกับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า เพศ ทำให้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน เพศหญิงได้รับมากกว่าเพศชาย เพราะมีความใกล้ชิด และสัมพันธ์ภาพดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการสนับสนุนทางสังคม โดยเพศหญิงจะได้รับการสนับสนุนมากกว่าเพศชาย

เพศกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป จากการศึกษาของทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) พบว่า ความแตกต่างทางเพศน่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยเฉพาะกับเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่รักสวยรักงาม และไวต่อความรู้สึก ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดี จะทนไม่ได้กับการมีตุ่มผื่นขึ้นตามผิวหนัง ผู้ป่วยจะพยายามปกปิด และซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้ มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นเกรงว่าสังคมจะดูถูกดูแคลิน จะเห็นได้ว่าเพศหญิงน่าที่จะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตราบาป

อายุกับการปรับตัว

บุคคลที่มีอายุต่างกันย่อมที่จะมีประสบการณ์ความคิด และการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน โดยอายุจะบ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว อายุที่เพิ่มขึ้นจะหมายถึง การที่บุคคลผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และอายุที่มากขึ้นยังมีส่วนช่วยให้มีความรอบคอบ ในการพิจารณาทางเลือก หรือวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวที่เกิดขึ้น ด้วย ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, p. 172) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ผ่านวิกฤตมาก จะมีประสบการณ์มากขึ้น สามารถคิดไตร่ตรอง และตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญ ปัญหา และปรับตัวได้ดีขึ้น ดังนั้นบุคคลที่มีอายุมากกว่าจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญ ปัญหา คือ มีการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า

อายุกับการปรับตัว อายุเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษาของวจนา สุกุลดี (2542) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการปรับตัว

ได้ดีในระยะที่ 3 ของการดำเนินโรค ซึ่งสาเหตุนี้อาจจะเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผลกระทบของโรคที่มีต่อร่างกายยังน้อย แต่ระยะที่ 3 ผลกระทบของการติดเชื้อที่มีต่อร่างกายมีมาก ถ้ากระทบในคนที่มีอายุมากจะทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายมาก เนื่องจากคนที่อายุมากส่วนใหญ่ไม่มั่นคงต่อการเจ็บป่วยทุกชนิด ความอดทนของร่างกาย และสมรรถภาพของร่างกายในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยมีน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อการปรับตัวซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโซแคน (Soucanh, 1996) พบว่าอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งด้านสังคมจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุน้อยยอมรับสภาพ และปรับตัวเองได้ดีกว่าคนที่มีอายุมาก และการศึกษาของอังคณา ศรียาภรณ์ และคณะ (2541) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของศานันท์ ปียกุล (2542) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี ส่วนการศึกษาของจิตตินุช หาญพาณิชย์พันธุ์ (2541) ได้ข้อค้นพบแตกต่างกันไปโดยพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุที่แตกต่างกันมีการปรับตัวทางสังคม โดยรวมทุกด้านไม่แตกต่างกัน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า อายุน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีอายุมากกว่าน่าจะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ดังนั้นอายุน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางความเข้มแข็ง อดทน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออันมาจากภายในตนด้านสุขภาพ

อายุกับความเข้มแข็งอดทน จากการศึกษาของแฮนน่า และมอริสซี (Hannah & Morrissey, 1987, pp. 339-344) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนสามารถทำนายได้ด้วยอายุ โดยในช่วงวัยรุ่นเพศหญิงจะมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าเพศชาย แต่เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุเพศชายจะมีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าเพศหญิง ดังนั้นอายุน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งอดทน

อายุกับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อปริมาณและชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ในวัยทารกจะมีความต้องการดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนจากบุคคลอื่นในปริมาณที่สูง เมื่อมีอายุมากขึ้นความถี่ของการสนับสนุนจะลดลง และจำนวนบุคคลที่จะให้การสนับสนุนก็จะขยายกว้างออกไปซึ่งมีทั้งสมาชิก ในครอบครัว ญาติและเพื่อน จึงพบว่าขนาดของกลุ่มจะเพิ่มขนาดขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง เนื่องจากกลุ่มสังคมเล็กลง เพราะมีการตาย และพลัดพราก ดังนั้นอายุน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านการสนับสนุนทางสังคม

อายุกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมสิ่งแวดล้อมลดลง บุคคลจะเชื่อในสิ่งที่อยู่ภายนอกตนมากขึ้น แสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตนจะต่ำลงเมื่อสูงอายุ (วิลลาซีนี แพ็วชนะ, 2541, หน้า 37) ดังนั้นอายุน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทาง ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

สถานภาพสมรสกับการปรับตัว

บุคคลที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ เมื่อเจ็บป่วยมักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่บุคคลที่มีสถานภาพสมรสจะได้รับความช่วยเหลือการดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจจาก คู่สมรส จึงทำให้สามารถเผชิญปัญหาจากภาวะเจ็บป่วยได้ดี จากการศึกษาของคอยน์ และดีโลจิส (Coyne & Delogis, 1986 cited in Burnard, 1993) พบว่า ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการยอมรับจากคู่สมรสในการเปลี่ยนแปลงบางสิ่งบางอย่างในร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และยังรู้สึกว่าตนเองยังมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงมีผลทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้หรือไม่ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของสถานภาพสมรสของผู้คิดเชื้อเอง

สถานภาพสมรสกับการปรับตัว สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษาของวังนา สกุลดี (2542) พบว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสคู่นี้ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวี รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยวมีที่พึ่งทางจิตใจ ไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้ง่าย ๆ ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายนี้ จึงทำให้มีพฤติกรรมปรับตัวดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตตินุช หาญพานิชย์พันธุ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการปรับตัวทางสังคมด้านความพึงพอใจในบ้านอยู่ในระดับดีมาก และผู้ป่วยเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ยังมีความมั่นคงทางอารมณ์ดีกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสโสด ทำให้มีการปรับตัวได้ดีกว่า และการศึกษาของ บุญทิศา โพธิ์เจริญ (2539) พบว่า สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีค่า $r = .55$ การศึกษาของ ศดานันท์ ปิยะกุล (2542) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ การศึกษาของชมโพพร จินต์คณาพันธุ์ (2543) พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์ การเผชิญปัญหาได้ดี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า สถานภาพสมรสที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่น่าจะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพโสด ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว

และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ การสนับสนุนทางสังคม

สถานภาพสมรสกับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ จากการศึกษาของวรรณมา คงสุริยะนาวัน (2540) พบว่า ภายหลังภรรยารับรู้ว่าคุณเองคิดเชื่ออะไรก็ได้เปิดเผยผลการคิดเชื่อกับสามี แสดงให้เห็นว่าผู้คิดเชื่อที่สมรสแล้วจะเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อกับคู่สมรสด้วยกัน ซึ่งผู้คิดเชื่อคาดหวังว่าจะได้รับความเห็นอกเห็นใจจากคู่สมรสเป็นอันดับแรก ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ

สถานภาพสมรสกับความเข้มแข็งของตน การพัฒนาความเข้มแข็งของตนเป็นสิ่งที่สามารถส่งเสริมได้ตั้งแต่เด็ก โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ที่ดีจากครอบครัว (Kobasa & Maddi, 1982) สำหรับผู้คิดเชื่ออะไรที่อยู่ร่วมกันเป็นคู่สมรสที่จะได้รับปฏิสัมพันธ์จากคู่สมรสเพื่อส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งของตนเพิ่มมากขึ้น จะได้รับการกับสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งของตน

สถานภาพสมรสกับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า สถานภาพสมรส หญิงที่แต่งงานแล้วจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าหญิงหม้าย แต่หญิงหม้ายจะได้รับมากกว่าหญิงที่หย่าร้าง ขณะที่หญิงหย่าร้างจะได้รับมากกว่าหญิงโสด เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณมา คงสุริยะนาวัน (2540) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตคู่สมรสภายหลังการรับรู้ภรรยาคิดเชื่ออะไรก็ก่อให้เกิดการอยู่ด้วยกันดี ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการสนับสนุนทางสังคม

ระดับการศึกษากับการปรับตัว

ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปลข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะใช้การเรียนรู้ในอดีตที่เคยประสบมากับตนเองนั้นมาเป็นแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะส่งผลให้บุคคลสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ และวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ระดับการศึกษากับการปรับตัว ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง บุคคลที่มีการศึกษาคดี จะมีความสามารถที่จะเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ตามความเป็นจริง รู้จักลำดับความสำคัญ มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต ทำให้สามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง และสามารถหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดได้ดี ในขณะที่บุคคลที่มีการศึกษาน้อย เมื่อประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด จะมีความขากลำบาก

ในการทำความเข้าใจ และตัดสินใจในการเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดห่อกำลังใจ (Kobasa et al, 1985) จากการศึกษาของกลาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ชไมพร จินต์ฉาพพันธุ์ (2543) พบว่า การศึกษา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี การศึกษาเป็นเรื่องสำคัญที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับตัวผู้มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งได้รับการศึกษาระดับมัธยมขึ้นไป จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ใดก็ได้ แต่ยอมรับสภาพของตัวเอง ค่อนข้างลำบาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า (Soucanh, 1996) ส่วนการศึกษาของพงษ์เดช สารการ (2540) ได้ค้นพบข้อแตกต่างไปโดย พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีภาวะความวิตกกังวลจากการ ได้รับเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตตินุช หาญพาณิชย์พันธุ์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการศึกษาแตกต่างกันมีการปรับตัวทางสังคมโดยรวมทุกด้าน ไม่แตกต่างกัน สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ระดับการศึกษาน่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับ การศึกษาค่ำ ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางตรง ต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อม ผ่านทางการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจ ภายในคนด้านสุขภาพ และการรับรู้ที่เป็นคราบาป

ระดับการศึกษากับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จากการศึกษาของจิตมณี ก้างอนดา (2539) พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปลข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และช่วยให้ บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะใช้การเรียนรู้ ในอดีตที่เคยประสบมากับตัวเองนั้น มาเป็นแนวทางในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ระดับการศึกษาที่ดีจะส่งผลให้บุคคลสามารถเลือกใช้แหล่งประ โยชน์ และวิธีการได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลรับรู้ข้อมูล และวิเคราะห์ปัญหาว่าจะมีผลกระทบต่อตนเองเพียงใด บุคคลจะตัดสินใจ ได้ว่าควรจะทำอย่างไรกับปัญหา เมื่อผู้ติดเชื้อรับรู้ถึงการติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อที่มีการศึกษาสูงจะ ตัดสินใจได้ว่าจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อหรือไม่ และจะรับรู้ถึงผลที่ตามมาด้วย ดังนั้น ระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

ระดับการศึกษากับความเข้มแข็งอดทน เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มักจะเกิด ความยากลำบากในการจัดการกับปัญหานั้น ๆ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความสามารถในการแก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ และจะจัดการกับปัญหานั้น ๆ ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีการศึกษาน้อย มักจะมีความยากลำบากในการจัดการกับปัญหานั้น ๆ จากการศึกษาของศรีธญา เบญจกุล (2538) พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งอดทน ($r = .26, p < .01$)

ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งของตน

ระดับการศึกษากับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาดี จะมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล หรือแหล่งที่ให้ ความช่วยเหลือแก่ตนเอง ได้มากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งจะทำให้ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมที่มากกว่า ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทาง การสนับสนุนทางสังคม

ระดับการศึกษากับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้านสุขภาพมักมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตัวเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยเป็น ไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจเอาใจใส่ ต่อสุขภาพเป็นอย่างดี ขวนขวายแสวงหาความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ รู้จักบริการทางด้านสุขภาพ อนามัย ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล (สุภทรา ชูเกียรติ, 2543, หน้า 32) บุคคลที่มีระดับ การศึกษาสูงย่อมที่จะสามารถขวนขวายแสวงหาความรู้ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาดำกว่า ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ

ระดับการศึกษากับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ ระดับการศึกษาบอกถึงพื้นฐานความรู้ ของบุคคล ความรู้จะเป็นส่วนประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการคิดรู้เพื่อประเมิน สถานการณ์ โดยความรู้จะช่วยบุคคลในการทำความเข้าใจถึงสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็น ทั้งในลักษณะทั่วไป และบริบทเฉพาะ (Lazarus, 1991, p. 144) เมื่อเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะ ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่องจิตใจ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมที่จะคิด และตัดสินใจจัดการกับปัญหาได้ ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า ซึ่งการรับรู้ที่เป็นตรรกะปจัดเป็นกระบวนการคิดที่มีผลต่องจิตใจ ดังนั้น ระดับการศึกษาน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัว

ผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

รายได้กับการปรับตัว

รายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ผู้ป่วยที่มีรายได้ดีกว่าย่อมมีความสามารถในการจัดการกระทำกับสิ่งที่ตั้งเป้าหมายไว้อย่างคล่องตัว ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ย่อมพบกับ อุปสรรคในการแสวงหาสิ่งที่ตนเองต้องการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความจำเป็นที่จะต้องใช้จ่ายเงิน ในแต่ละเดือนเป็นจำนวนมากสำหรับค่ายา และค่ารักษาพยาบาล เมื่อไม่สามารถหาเงินมาสนับสนุน ค่าใช้จ่ายได้ย่อมก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวได้

รายได้กับการปรับตัว รายได้เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัว

อย่างหนึ่ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น โรคเอดส์ หรือโรคอื่น ๆ ย่อมเกิดผลกระทบกระเทือนต่อภาวะทางการเงิน และความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่สามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม และปลอดภัย เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี

เนื่องจากมีโอกาที่จะแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวก และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาลตนเองระหว่างการเจ็บป่วย มีการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อดำรงภาวะสุขภาพดีโดยไม่ต้องพะวงต่อปัญหาเศรษฐกิจ แต่สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เป็นระยะ ๆ ทำให้ครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความเครียด เก่งว่าครอบครัวจะเบื่อกัน ไม่พอใจ และทอดทิ้งคน ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเองต้องได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุคคลอื่น อาจทำให้รักษาไม่ต่อเนื่องจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง จากการศึกษาของกวดาลย์ อุ่นประเสริฐ (2540) พบว่า รายได้มีอิทธิพลทางบวกต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ แสดงว่า ผู้ที่มีรายได้ดีจะมีประสิทธิภาพการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา สรียาภรณ์ และคณะ (2541) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของสุทธิพร ใจแก้ว (2541) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ดี สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 001 และมีความสัมพันธ์ $r = .39$ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญทิวา โพธิเจริญ (2539) พบว่า รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของ ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีค่า $r = .26$ และการศึกษาของชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) พบว่า รายได้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี ส่วนการศึกษาของวังนา สกุลดี (2542) ได้ข้อค้นพบแตกต่าง โดยพบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีคานว่า รายได้น่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีรายได้ดี น่าที่จะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อย ดังนั้นรายได้น่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทาง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ การรับรู้ที่เป็นตรรกะ

รายได้กับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อจากการศึกษาของกลาวัลย์ อุณประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า รายได้มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ รายได้ดียิ่งเพิ่มการเปิดเผยสภาพ การคิดเชื่อ เหตุผลอาจอธิบายได้ว่า การเปิดเผยสภาพ การคิดเชื่อในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นการเปิดเผยกับกลุ่มคู่สมรส พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ซึ่งผู้ป่วยได้ พิจารณาแล้วว่าเป็นผู้ที่ไว้วางใจได้ว่าจะไม่นำเรื่องราวของตนไปเปิดเผยต่อไป และเป็นผู้ที่ผู้ป่วย เชื่อว่าสามารถเข้าใจเขา และให้ความช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ส่วนการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ได้ข้อค้นพบแตกต่างไป โดยพบว่า ผู้ที่อยู่ในครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มักเป็นผู้ที่มีการศึกษาดีมีหน้ามีตาในสังคม มักจะไม่เปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ แต่อาจเลือกเปิดเผยกับเจ้าหน้าที่ บางคน มักรับรู้ว่าคุณเองมีทางเลือกมากกว่า และมักใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ในขณะที่เดียวกันมักไม่เข้าร่วมกลุ่มกับผู้คิดเชื่ออื่น ๆ ในขณะที่ผู้ที่มีฐานะยากจนจำเป็นต้องขวนขวาย หาทางเลือก ต้องแสวงหาความช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งจำเป็นต้องเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อของ ตนเองในที่สุด ดังนั้นรายได้น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการเปิดเผยสภาพ การคิดเชื่อ

รายได้กับความเข้มแข็งอดทน จากการศึกษาของนิโคลัส (Nicholas, 1992) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์กับรายได้สูง กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความเข้มแข็งอดทน ในระดับสูงเช่นกัน รายได้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกถึง ความมุ่งมั่นที่จะทำเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ เช่น การตั้งเป้าหมายให้กับตนเอง ว่า จะพยายามรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการรับประทานอาหารทั้ง 5 หมู่ รับประทาน วิตามินเสริมออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้คิดเชื่อที่รายได้ดี ย่อมมีความสามารถในการจัดกระทำใน สิ่งที่ตั้งเป้าหมายได้คล่องตัว ในทางตรงข้ามบุคคลที่มีรายได้ต่ำ ย่อมพบกับอุปสรรค ในการแสวงหา อาหารดี ๆ หรือวิตามินเสริม ที่ต้องจ่ายเงินไปซื้อมาได้ไม่คล่องตัวนัก เพราะข้อจำกัดในการใช้จ่าย ดังนั้นรายได้น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งอดทน

รายได้กับการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ นอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่าสตรีที่สามีป่วยด้วยโรคหัวใจซึ่งเป็นชนชั้นกลาง จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าสตรีที่มี รายได้ต่ำ ดังนั้นรายได้น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการสนับสนุนทางสังคม

รายได้กับความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ วิลาสินี แฝ่วชนะ (2541) กล่าวว่า การพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในคน เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการที่สำคัญ คือ รายได้ ดังนั้นรายได้น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ

รายได้กับการรับรู้ที่เป็นตราใบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายได้ดี ย่อมที่จะแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาลตนเองให้สุขภาพดีอยู่เสมอ แตกต่างจากผู้ติดเชื้อที่มีรายได้ไม่ค่อยดี ย่อมที่จะมีสุขภาพทรุดโทรมลง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย จึงต้องรักษาตามอาการปรากฏ ซึ่งต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ผู้ที่มีรายได้ดี ย่อมที่จะไม่ถูกสังคมตีตราใบเท่าผู้ที่มีรายได้ไม่ดี เนื่องจากลักษณะอาการที่ปรากฏยังไม่เด่นชัดนัก ดังนั้นรายได้ที่น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตราใบ

ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้กับการปรับตัว

ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจโดยใช้ความเข้าใจ หรือความคิดของบุคคลเกี่ยวกับโรคนั้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเอดส์ ความรุนแรงของโรคจะตัดสินใจด้วยความเข้าใจ หรือความคิดของบุคคล (พรรณทิพา เหมแหวน, 2543, หน้า 58) การรับรู้จึงจัดว่าเป็นกระบวนการปรับตัวอย่างหนึ่งที่นำไปสู่ผลลัพธ์ คือ รูปแบบของพฤติกรรมกรรมการปรับตัว (Roy & Andrews, 1999) เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเกิดในรูปแบบของการยับยั้ง หรือสนับสนุนพฤติกรรม ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้เป็นเรื่องของความคิดที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนมากกว่าที่จะเป็นความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง แต่อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคตามการรับรู้อาจจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลใจสูง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัว

ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้กับการปรับตัว ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษาของเพียว ศรีแสงทอง (2539) พบว่า โรคเอดส์ในความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ หมายถึง ความสิ้นหวัง ไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาด โรคนี้เป็นแล้วต้องตาย เป็นภาวะของการหมดคุณค่า และการศึกษาของวรรณวิมล แก้วประถม (2543) พบว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงก่อนได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ในระดับความรุนแรงของโรคที่เท่ากัน แต่จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ติดเชื้อแตกต่างกันไป ผู้ติดเชื้อบางคนมีการรับรู้ที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง ซึ่งต้องประกอบไปด้วยอาการแสดงทางร่างกายที่ปรากฏแตกต่างกันด้วย ฉะนั้นผู้ติดเชื้ออาจเกิดความไม่แน่ใจในการรักษา เกิดเป็นความวิตกกังวล ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวได้ ดังนั้นความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่รับรู้ว่าเป็นโรคไม่มีผลกระทบต่อร่างกาย และการดำเนินชีวิต น่าที่จะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าเป็นโรคมีผลกระทบต่อร่างกาย และการดำเนินชีวิต ดังนั้นความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ที่น่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว

ระยะเวลาการคิดเชื่อกับการปรับตัว

ระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะยังไม่สามารถยอมรับสภาพการติดเชื้อได้ทันที โดยแต่ละบุคคลอาจใช้ระยะเวลาในการยอมรับสภาพการติดเชื้อแตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาการติดเชื้อนานกว่าจะมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญและประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนมาก่อน ผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาการติดเชื้อน้อยกว่า ดังนั้นในบุคคลที่ติดเชื้อเมื่อผ่านระยะเวลาไประยะหนึ่ง บุคคลน่าที่จะมีการปรับตัวยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตนได้ คือ สามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการติดเชื้อน้อยกว่า

ระยะเวลาการคิดเชื่อกับการปรับตัว ระยะเวลาการติดเชื้อเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง ระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนาน น่าที่จะมีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของโรค และการแสดงของโรคเอชไอวี จากการศึกษาของศานันท์ ปิยะกุล (2542) พบว่ากลุ่มอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญทิwa โพธิเจริญ (2539) พบว่า ระยะเวลาที่ทราบผลว่าติดเชื้อนานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอชไอวีมีค่า $r = .34$ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของชไมพร จินตคณาพันธ์ พบว่า ระยะเวลาการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อสามารถเผชิญปัญหาได้ดี แสดงว่าสามารถปรับตัวได้ดี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ระยะเวลาในการติดเชื้อน่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีระยะเวลาการติดเชื้อนานจะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีระยะเวลาการติดเชื้อที่ไม่นาน ดังนั้น ระยะเวลาการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทาง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน การรับรู้ที่เป็นตรรกะ

ระยะเวลาการคิดเชื่อกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ปรากฏอาการแสดง หรือได้รับการติดเชื้อในระยะเวลาที่ไม่นานน่าที่จะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมากกว่า ผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อเป็นระยะเวลานาน เริ่มปรากฏอาการต่าง ๆ ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทาง การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

ระยะเวลาการคิดเชื่อกับความเข้มแข็งอดทน ระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนาน ทำให้ผู้ติดเชื้อมองเห็นการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตนเองที่นับวันมีแต่จะเลวลง ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้ ที่ไม่อาจไปต่อสู้กับพยาธิสภาพของโรคได้ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้ความมุ่งมั่นที่จะควบคุมโรค หรือพยายามมองว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ทำลายความสามารถของตนนั้น ค่อย ๆ สลายไปตามกาลเวลา และในที่สุดก็ปล่อยให้เป็นไปตามโชคชะตา

ระยะเวลาการติดเชื้อที่นานขึ้นทำให้มีความเข้มแข็งอดทนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกู๊ดวิน (Goodwin, 1988, pp. 210-211) พบว่า ผู้ป่วยไทรเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะยิ่งทำให้ความเข้มแข็งอดทนลดลง เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายที่รุมเร้าในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยไทรเรื้อรังคล้ายกับผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยเวลา

ในการรักษาที่ยาวนาน หรือตลอดชีวิตของการเจ็บป่วย (ลดวอล์ย อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540, หน้า 51) ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งอดทน

ระยะเวลาการติดเชื้อกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป ระยะเวลาการติดเชื้อที่นานย่อมทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด สังคมรอบข้างย่อมที่จะคิดว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ ตรงกันข้ามกับผู้ติดเชื้อในระยะเวลาไม่นาน ร่างกายไม่เปลี่ยนแปลง สังคมรอบข้างไม่แสดงความรังเกียจ และลดวอล์ย อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540, หน้า 51) กล่าวว่า เมื่อเวลาผ่านไป เชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย มีการแบ่งตัวมากมายส่งผลให้ภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายลดลง อาการและอาการแสดงปรากฏ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาพลักษณ์ของร่างกายอย่างเห็นเด่นชัดจะทำให้บุคคลรู้สึกผิด จึงอาจกล่าวได้ว่าระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานน่าจะมีอิทธิพลทางบวกต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป ดังนั้นระยะเวลาการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตราบาป

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการปรับตัว

จากการศึกษาของเบอร์นาร์ด (Burnard, 1993, p. 1783) พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยให้กับผู้ใดทราบถึงสภาพการติดเชื้อ เพราะเกรงว่าจะทำให้คนรัก และครอบครัวเสียใจ เกรงว่าจะถูกสังคมรังเกียจ นำความเสื่อมเสียมาสู่วงศ์ตระกูล กลัวญาติ พี่น้อง และเพื่อนฝูงทอดทิ้ง กลัวถูกไล่ออกจากงาน ไม่แน่ใจว่าเพื่อนฝูง และเจ้านายจะยอมรับ หรือไม่ ในขณะที่เดียวกันยังกลัวว่าพฤติกรรมทางเพศเบี่ยงเบนไปจากค่านิยมทางสังคมจะถูกเปิดเผย ดังนั้นในระยะแรกผู้ติดเชื้อจึงเลือกจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้กับบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัว ซึ่งบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในครอบครัวจะให้กำลังใจ และสนับสนุน ให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการปรับตัว การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษานี้ของเบอร์นาร์ด (Burnard, 1993, p. 1783) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะกล่าวว่าหากเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ผู้อื่นทราบ ตนเองจะได้รับการติเตียนจากผู้อื่น ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานภาพ และภาพลักษณ์ของตนเองจากผลกระทบการติเตียน ทำให้ผู้ป่วยต้องปกปิดสภาพการติดเชื้อไว้ไม่ยอมเปิดเผยให้กับผู้ใดทราบ เพราะเกรงว่าจะทำให้คนรักและครอบครัวเสียใจ เกรงว่าจะถูกสังคมรังเกียจนำความเสื่อมเสีย

มาสู่วงศ์ตระกูล กล่าวว่าคุณติพน้อง และเพื่อนฝูงทอดทิ้ง กล่าวถูกไล่ออกจากงาน ไม่แน่ใจว่าเพื่อนฝูงและเจ้านายจะยอมรับหรือไม่ ในขณะเดียวกันยังกล่าวว่าพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยมทางสังคมจะถูกเปิดเผย จากการศึกษาของสุทธิรา สุนตระกูล (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ครอบครัวได้รับรู้จะใช้ระยะเวลาในการปรับตัวไม่นานนัก เพราะได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ป่วยที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ครอบครัวได้รับรู้ จะใช้ระยะเวลาในการปรับตัวค่อนข้างนาน เพราะขาดแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ การศึกษาของชไมพร จินต์ณานพ (2543) พบว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายผลลัพธ์การเผชิญปัญหาได้ดี และการศึกษาของเพียว ศรีแสงทอง (2539) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์กลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัวส่วนใหญ่มีมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองต่ำ ซึ่งมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการปรับตัวด้านอ้อมมโนทัศน์ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อ ที่ไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้บุคคลอื่นทราบจะไม่สามารถปรับตัวด้านอ้อมมโนทัศน์ได้ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน่าที่จะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ดังนั้นการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตราบาป

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป จากการศึกษาของเสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ (2537) พบว่า ภายหลังที่ผู้ป่วยแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าตนเป็นโรคเอดส์ระหว่างเจ็บป่วยเธอได้รับการรังเกียจจาก ครอบครัว และถูกจับแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ได้กินอาหารร่วมกับคนในครอบครัว ไม่มีการสัมผัสตัวกัน ในที่สุดผู้ป่วยก็เสียชีวิตตามลำพัง ดังนั้นการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตราบาป

ความเข้มแข็งอดทนกับการปรับตัว

โคบาซา (Kobasa) เป็นนักจิตวิทยาคนแรก que ศึกษาถึงแนวคิดความเข้มแข็งอดทน โดยใช้แนวคิดแบบอัตถิภาวนิยม (existentialism) มาเป็นกรอบแนวคิด ได้กำหนดลักษณะทางจิตวิทยาที่เรียกว่าความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วย การแสดงออกใน 3 ลักษณะ ได้แก่ ความมุ่งมั่น การควบคุม และความท้าทาย

ความมุ่งมั่น (commitment) หมายถึง ลักษณะบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อในความจริงของชีวิต เห็นความสำคัญ และคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ให้เป็นไปตามเป้าหมายในชีวิต บุคคลที่มีความมุ่งมั่นจะมีพลัง และดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี เมื่อประสบปัญหาในชีวิต บุคคลจะมองเหตุการณ์ตามความเป็นจริง และหาแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนในการเอาชนะปัญหานั้น ๆ และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี แสดงถึงลักษณะของความสามารถในการปรับตัว ตรงกันข้าม

หากบุคคลไม่มีความมุ่งมั่นจะเป็นคนที่ขาดเป้าหมายในชีวิต เมื่อประสบกับปัญหาในชีวิต บุคคลจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ในที่สุด แสดงถึงลักษณะของการปรับตัวไม่ได้

การควบคุม (control) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม หรือมีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยจะมองว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เกิดจากการกระทำของตน ไม่ได้เกิดจากโชคชะตา หรืออำนาจของผู้อื่น เมื่อประสบกับปัญหาบุคคลจะรับรู้ว่ามันเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง บุคคลจะวางแผนในการจัดการ กับปัญหาด้วยความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ แสดงถึงลักษณะของการปรับตัวได้

ความท้าทาย (challenge) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นเรื่องธรรมดา และการเปลี่ยนแปลงนี้ก่อให้เกิดการพัฒนาในชีวิตต่อไป เมื่อบุคคลที่มีความท้าทายเผชิญกับปัญหาชีวิต บุคคลจะรู้สึกกว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ และเป็นประสบการณ์ที่มีประโยชน์ และจะมองหาแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนในการจัดการกับปัญหานั้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พอลล็อก (Pollock, 1986) ได้นำแนวคิดความเข้มแข็งอดทนของ โคบายา (Kobasa, 1982) มาศึกษาความเข้มแข็งอดทนกับการปรับตัวของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแนวคิดความเข้มแข็งอดทนของพอลล็อกนั้นมีอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผลทางตรง คือ บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่มีอยู่ได้อย่างเหมาะสม ผลทางอ้อม คือ บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูง จะรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จัดเป็นสิ่งที่เร้าได้ตรงตามความเป็นจริง และสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งแสวงหาแหล่งประโยชน์มาสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540, หน้า 48-49) สำหรับผู้คิดเชื่อเอชไอวีส่วนหนึ่งจะมีการเจ็บป่วยปรากฏขึ้น และเสียชีวิตลง เมื่อเวลาผ่านพ้นไประยะหนึ่ง แต่ในทางตรงกันข้ามผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวนหนึ่ง ยังคงอยู่ได้โดยไม่ปรากฏอาการ และมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว นักจิตวิทยาหลายท่านจึงพยายามที่จะหาคำตอบว่าเหตุใดผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางคนมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว ในขณะที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางคนเสียชีวิตลงอย่างรวดเร็ว เกี่ยวกับคำถามนี้ นักวิจัยหลายท่าน จึงได้แสดงความคิดเห็นว่า ตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีชีวิตยืนยาวเหล่านั้นก็คือ ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (Solomon, Temoshok, O' Leary, & Zich, 1987) ดังนั้นเมื่อบุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ โดยอาศัยความเข้มแข็งอดทนเป็นแหล่งเอื้ออำนวยต่อการปรับตัว แสดงว่าบุคคลสามารถปรับตัวได้

ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของพอลล็อกมี 3 ลักษณะ เช่นเดียวกับความเข้มแข็งอดทนของโคบาซา แต่แตกต่างกันแนวคิดของพอลล็อก เน้นเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่วนแนวคิดของโคบาซา กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาทั่ว ๆ ไปในชีวิต เช่น ปัญหาการทำงาน ปัญหาครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความเข้มแข็งอดทน

ดรัส และดักลาส (Druss & Douglas, 1988 cited in Lindsey & Hill, 1992) ได้เสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ 2 อย่างที่จะเป็นแรงเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งอดทน ได้แก่

1. บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพของความมุ่งมั่น ความมีอำนาจควบคุม และความรู้สึกท้าทายในการเผชิญปัญหา กับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด แล้วให้ผลลัพธ์ในทางบวก และมีสุขภาพดี
2. ความเข้มแข็งอดทนสามารถเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ที่บุคคลสามารถเผชิญปัญหาในครั้งก่อน ๆ ได้

ความเข้มแข็งอดทนกับการปรับตัว ความเข้มแข็งอดทนเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษาของพอลล็อก (Pollock, 1986: pp. 90-95) ได้ทำการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาตอยด์เพื่อทดสอบสมมติฐานว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิต สังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.42, p < .01$) และโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินพบว่า ความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย ($r = 0.39, p < .05$) และการปรับตัวด้านจิตสังคม โดยเฉพาะด้านบทบาทหน้าที่ ($r = 0.55, p < .01$) และกลุ่มผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวก โดยเฉพาะกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในส่วนของอัตมโนทัศน์เท่านั้น ($r = 0.39, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพอลล็อก (Pollock, 1993, p. 86) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนของผู้ป่วยเรื้อรัง ข้ออักเสบรูมาตอยด์ เบาหวาน โรคไต และโรค Multiple Sclerosis มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตสังคม การศึกษาของวัลลภาครุฑแก้ว (2540) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ความเข้มแข็งอดทนจะทำให้บุคคลมีการประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เมื่อบุคคลมีการประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพย่อมทำให้มีผลของการเผชิญปัญหา อันได้แก่ การดำรงบทบาททางสังคม (social functioning) มีขวัญกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพกาย (somatic health) ที่เหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นความเข้มแข็งอดทนจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับผลการเผชิญปัญหาดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น บุคคลที่คิดเชื่อเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิต อารมณ์ และสังคม เช่น การถูกตีตราจากสังคม ความไม่แน่นอนจากภาวะเจ็บป่วย ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น (Kyle & Sachs, 1994) จึงเป็นเหตุให้บุคคลต้องปรับตัว บุคคลต้องเผชิญปัญหา ซึ่งผลการเผชิญปัญหาที่ได้อาจมีความเหมาะสมหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสิน และการเผชิญปัญหา โดยการที่ผู้คิดเชื่อเอดส์โอวีมีความเข้มแข็งอดทนจะส่งเสริมให้บุคคลมีการประเมินตัดสินและเลือกการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำ ในผู้คิดเชื่อเอดส์โอวีที่มีความเข้มแข็งอดทนน่าจะมียุทธวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ความเข้มแข็งอดทนน่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงน่าจะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนต่ำ ดังนั้นความเข้มแข็งอดทนน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ การรับรู้ที่เป็นตรรกะ

ความเข้มแข็งอดทนกับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ ตามที่คาร์สัน และกรีน (Carson & Green, 1992) กล่าวว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าคิดเชื่อเอดส์โอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ บุคคลเหล่านั้นจะพยายามมองว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายที่จะต่อต้านกับความเจ็บป่วย ถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์ในการต่อต้านความเครียด และสามารถลดความรุนแรงของโรคโดยทางอ้อมได้ เมื่อบุคคลมองว่าการคิดเชื่อเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความมุ่งมั่นที่จะรักษาสุขภาพ และควบคุมสุขภาพให้แข็งแรง ผู้คิดเชื่อจึงกล้าที่จะเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อเพื่อจะได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ดังนั้นความเข้มแข็งอดทนน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ

ความเข้มแข็งอดทนกับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ คาร์สัน และกรีน (Carson & Green, 1992) กล่าวว่า แม้ปัจจัยทางด้านจิตสังคม จะไม่ใช่สาเหตุของโรคเอดส์ แต่ปัจจัยทางด้านจิตสังคมนี้สามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินโรค และพัฒนาความรุนแรงจากการเป็นเพียงผู้คิดเชื่อไปสู่การเป็นเอดส์เต็มขั้นได้ ในประเด็นนี้อาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเอื้ออำนวยต่อการปรับตัว การรับรู้ที่เป็นตรรกะจัดว่าเป็นปัญหาดังนั้นความเข้มแข็งอดทนน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

ทอยท์ส (Thoits, 1982, pp. 145-159) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น การที่บุคคลในเครือข่ายทางสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหา และการตอบสนองต่อปัญหาได้รวดเร็วขึ้น

ไวสส์ (Weiss, 1974) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึก อิ่มใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคมจากความสำเร็จในสัมพันธภาพ

พัชรินทร์ กิตติขงโสภณ (2541) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคล ได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองจากบุคคล หรือกลุ่มบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งประกอบด้วยการได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การยอมรับ และเห็นคุณค่า การได้รับข้อมูล ข่าวสาร การช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหา และมีพฤติกรรม ไปใน ทิศทางที่ผู้ได้รับต้องการ คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดี

กิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ในด้านของจิตใจ อารมณ์ ด้านวัสดุสิ่งของ รวมถึง การช่วยเหลือด้านแรงงาน การเงิน ด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ และด้านการประเมินคุณค่า ในตนเอง แล้วทำให้ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้มี ภาวะสุขภาพที่ดี และมีความสุขในชีวิต

ดังนั้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ การสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมในด้านของความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วม หรือการเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม การช่วยเหลือผู้อื่น การรู้ถึงคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกพึงพาสักกัน และการได้รับคำแนะนำ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ ตนเองได้

แหล่งสนับสนุนทางสังคม

แบรนค์ และไวเนิร์ต (Brandt & Weinert, 1985 cited in Weinert, 1987) ได้แบ่ง แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็น 11 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มบิดามารดา
2. กลุ่มบุตร
3. กลุ่มคู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลสำคัญในชีวิต
4. กลุ่มญาติ หรือบุคคลในครอบครัว

5. กลุ่มเพื่อน
6. กลุ่มเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน
7. กลุ่มพระ หรือนักบวช
8. กลุ่มบุคคลทางด้านวิชาชีพ
9. กลุ่มหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน
10. กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
11. กลุ่มอื่น ๆ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ไวส์ (Weiss, 1974) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ประเภท คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน (attachment) หมายถึง การปฏิบัติที่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น มั่นคง มีความรัก และความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้าง และโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท
2. การมีส่วนร่วม หรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) หมายถึง การที่บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของกลุ่ม มีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนในด้านความคิด ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิดเห็น เกิดความห่วงใย และเข้าใจต่อกัน ได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกตัวออกจากสังคม (social isolation) รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวัง และรู้สึกเบื่อหน่าย (boring) ต่อการดำรงชีวิต
3. การมีโอกาสดูแลผู้อื่น (opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคล มีความผูกพันกับบุคคลอื่นซึ่งด้อยกว่า มีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่นจะ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น (being-needed) และผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ รู้สึกชีวิตไม่สมบูรณ์ ว่างเปล่า และไร้จุดหมายแห่งชีวิต (meaningless in life)
4. การรู้ถึงคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) หมายถึง การได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคล มีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถ (social role) เช่น ความสามารถในการทำงาน ร่วมกับเพื่อนร่วมงาน ความสามารถในการช่วยเหลือเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว ถ้าบุคคลขาด การสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่น หรือรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง
5. ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน (sense of reliable alliance) สัมพันธภาพในลักษณะเช่นนี้ มักเกิดในสัมพันธภาพของครอบครัวสายตรง โดยสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่า จะได้รับ

การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน อย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดคุณสมบัติเช่นนี้ บุคคลจะรู้สึกว่าขาดแหล่งช่วยเหลือ โดยเฉพาะในภาวะที่เสี่ยงอันตราย จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคง และถูกทอดทิ้ง (sense of vulnerability and abandonment)

6. การได้รับคำแนะนำ (obtaining of guidance) เป็นความสัมพันธ์ในช่วงที่บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ จิตใจ ทำให้บุคคลต้องได้รับคำปลอบใจ คำตั้งใจ คำแนะนำ คำชี้แนะ หรือการแนะนำในการกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อผ่อนคลายภาวะวิกฤตที่บุคคลประสบอยู่ ความสัมพันธ์ชนิดนี้มัก ได้จากผู้ที่บุคคลรู้สึกที่สำคัญ มีความสามารถ เป็นที่ศรัทธา หรือมีอะไรเหนือกว่า ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทการสนับสนุนทางสังคมได้ถูกแบ่งออกเป็นหลายประเภท แตกต่างกันไป ตามทฤษฎี สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสนับสนุนทางสังคมของไวส์ (Weiss, 1974) ซึ่งปรารถยาน้อยหมั่นไว (2536), มารยาท วงษาบุตร (2539), และกิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) ได้กล่าวว่า เป็นทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นพื้นฐานที่มนุษย์ต้องการ จึงสามารถนำมาใช้ในการศึกษากับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างดี เนื่องจากผู้ติดเชื้อประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งต้องการความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วม หรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสที่จะได้ช่วยเหลือผู้อื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกพึ่งพาอาศัยกัน การได้รับคำแนะนำ การชี้แนะ เพื่อที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้ สามารถต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และปรับตัวได้

การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และบุคคลที่มี การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีการประเมินสถานการณ์ มีความสามารถในการตัดสินใจ ได้ดี ทั้งยังแก้ไขจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (McNete, 1987; Sarafiro, 1990) ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมาจากครอบครัว เครือญาติ เพื่อน อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่ จากการศึกษาของแคสเซล (Cassel, 1976) พบว่า ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จำเป็นต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยประคับประคอง และเป็นแรงผลักดันให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิตต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของลอเรนซ์ (Lawrence, 1992) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับตัวทางจิตวิทยาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปรับตัวอย่างหนึ่ง การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ได้แก่ การได้รับความรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วม หรือการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสร่วมช่วยเหลือผู้อื่น การรู้ถึงคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกพึงพาอาศัยกัน และการได้รับคำแนะนำ

จากการศึกษาของไดมอนด์ (Dimond, 1982) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในด้านขวัญ และกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของอัลมบอจท์ (Alumbaugh, 1985) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการเผชิญปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาของปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001, r = .53$ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตมณี ก้างอนตา (2539) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ติดเชื้อปรับตัวได้ดีขึ้น การศึกษาของ กิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ $.01, r = .89$ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจกอยู่ในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ เมื่อผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพย่อมแสดงว่าผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ต้องการความช่วยเหลือและแรงสนับสนุนในด้านกำลังใจจากครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะสามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

จากการศึกษาของดุขฤ รุจจนเวท (2539) พบว่า ครอบครัวได้ให้ความช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ จากการศึกษาของอังคณา สรียาภรณ์ และคณะ (2541) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตวิทยาสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และการศึกษาของ สุทธิพร ใจแก้ว (2541) พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมทำนายการปรับตัวต่อโรคเอดส์ได้ 28.70%

การสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่าย จากการศึกษาของบุศรา ลิขิตเจริญวานิช (2538) พบว่า การสนับสนุนจากกลุ่มเครือข่ายมีผลต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ และเครือข่ายยังช่วยสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า ประเทือง พิมพ์โพธิ์ (2541) กล่าวว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว หรือสังคมได้

การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน จากการศึกษาของสมิท (Smith, 1988, p. 32) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ซึ่งเพื่อนเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และความเป็นเพื่อนในสังคมไทย จะเป็นในรูปแบบของการเกื้อกูลกันและกัน รวมไปถึงความเป็นเพื่อนบ้านด้วย ทำให้ผู้ติดเชื้อจึงยังได้รับการดูแลช่วยเหลือให้กำลังใจในการมีชีวิตต่อไป

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาของสุรดา ลาสอน (2542) พบว่า การให้คำปรึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อก่อน และหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อผู้ติดเชื้อมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองย่อมแสดงว่าผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวลักษณ์ อัครเดชา, และประไพวรรณ คำนประคิษฐ์ (2541) พบว่าหลังได้รับการปรึกษาจากพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับตัวในระดับดี ซึ่งเกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีนำทรัพยากร หรือการสนับสนุนทางสังคมมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมจากชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ โดยการจัดกิจกรรมร่วมกัน มีผลต่อการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาของ จิตมณี ก้างอนตา (2539) พบว่า กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โครงการฟ้าสีขาบ ซึ่งดำเนินการ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผลต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งนภา เรือนแก้ว (2544) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำงานเป็นอาสาสมัครในคลินิกนิรนาม โรงพยาบาลชลบุรี ดำเนินชีวิตได้ดีขึ้นกว่าตอนที่ยังไม่เข้าเป็นอาสาสมัคร เนื่องจากการเข้าเป็นอาสาสมัครจะได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และได้ทำงานร่วมกับผู้อื่น เริ่มเปิดตัวเองกับสังคมภายนอกมากขึ้น และยังได้รับการสนับสนุนการรักษาจากคลินิกนิรนาม ทำให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จะเห็นได้ว่าเครือข่ายทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในผู้ติดเชื้อ หากผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมย่อมทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ตรงกันข้ามหากเครือข่ายทางสังคมไม่ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ติดเชื้อ ย่อมทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้

ถ้าหากในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่า การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว และมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านทางการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน ความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพการรับรู้ที่เป็นดราม่า

การสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างมาก จึงต้องการความรัก ความเอาใจใส่ รวมทั้งต้องการกำลังใจและการสนับสนุนในการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องมีพฤติกรรมปรับตัวเป็นอย่างมาก และพฤติกรรมปรับตัวจะดีหรือไม่ดี มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ บุคคลที่อยู่โดยรอบหรือผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะเป็นแหล่งที่ให้กำลังใจและปลอบใจ เมื่อมีอุปสรรคเกิดขึ้นหรือผิดหวังในชีวิต จะทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้น

ไปได้ เกิดความมั่นคงในอารมณ์ที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับตนเองมากขึ้น และสามารถปรับตัวได้ โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของเพอร์รี่ ศรีแสงทอง (2539) พบว่า ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเฉพาะกับกลุ่มผู้ให้การรักษา คนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

การสนับสนุนทางสังคมกับความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติเพื่อน เจ้าหน้าที่ น่าจะส่งผลต่อความเข้มแข็งอดทน คือ การที่ผู้ติดเชื้อเชื่อว่าสามารถควบคุมการติดเชื้อได้ด้วยความมุ่งมั่น และความรู้สึกลึกซึ้ง หากแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ไม่ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อย้อมที่จะไม่สามารถปรับตัวกับปัญหาได้ ตรงกันข้ามหากผู้ติดเชื้อได้รับการสนับสนุนทางสังคม ย่อมที่จะมีความเข้มแข็งอดทนเพื่อปรับตัวได้ต่อไป จากการศึกษาของไบเยอร์ (Byers, 1993) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนในระดับสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจาก แรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้บุคคลได้แสดงความเข้มแข็งอดทน ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพล ทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเข้มแข็งอดทน

การสนับสนุนทางสังคมกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็ก บุคคลใกล้ชิดมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลในการสร้างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (วราลักษณ์ ปวนสุรินทร์, 2541) การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยพัฒนาความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพด้วย (วิลาสินี แฝ่วชนะ, 2541) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะการแยกตัวออกจากความรู้สึกที่เป็นตรรกะ (กิ่งแก้ว ไชยเจริญ, 2543, หน้า 39)

ประการหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถดำรงชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Fongsiri, 1994, pp. 357-362) หากสังคมมองว่าผู้ติดเชื้อน่ารังเกียจการติดเชื้อเป็น การลงโทษสำหรับคนบาป ย่อมทำให้ผู้ติดเชื้อขาดกำลังใจ แยกตัวออกจากสังคม และไม่สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้ตรงกันข้ามหากสังคมสนับสนุน ยอมรับ ให้กำลังใจ ให้โอกาสกับผู้ติดเชื้อ ในการอยู่ร่วมกันย่อมทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการปรับตัวผ่านทางการรับรู้ที่เป็นตรรกะ

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับการปรับตัว

วรลักษณ์ ปวนสุรินทร์ (2541) ได้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นผลของการกระทำของตนเอง และสามารถควบคุมได้

วิลาสินี แก้วชนะ (2541) ได้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเองที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

อรุณี หลายพสุ (2541) ได้ให้ความหมายของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ทศนคติที่จะยอมรับความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ตนสามารถควบคุมได้

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความคิด ความเชื่อในการยอมรับความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง และมองว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตน เป็นผลที่มาจากกระทำของตน โดยที่ตนเองสามารถควบคุม และจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนได้ด้วยตนเอง

ลักษณะของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

รอตเตอร์ (Rotter, 1982) ได้แบ่งไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. มีความกระตือรือร้น และมีความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมที่จะเอื้ออำนวย หรือนำมาซึ่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการแสดงออกของพฤติกรรมในอนาคตของตน
2. พยายามพัฒนาสภาพแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบตนอยู่เสมอ
3. ให้คุณค่าต่อการเสริมแรงซึ่งได้รับมาจากการใช้ทักษะหรือการที่สามารถบรรลุผลสำเร็จ และให้การสนใจพิจารณาระดับความสามารถของตน โดยเฉพาะเมื่อประสบความล้มเหลว
4. แสดงการต้านทานต่อสิ่งที่ยพยายามจะเข้ามามีอิทธิพลครอบงำตัวเขา

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจัดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมได้ การที่บุคคลจะมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเอง วรลักษณ์ ปวนสุรินทร์ (2541) กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจะเชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาได้ จึงทำให้พยายามจัดการต่อสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหรือลดผลของปัญหาคด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้สามารถปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีตามไปด้วย (อรุณี หลายพสุ, 2541, หน้า 49) ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้คิดเชื่อเอชไอวี

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพกับการปรับตัว ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง จากการศึกษาของอรุณีหลายพสุ (2541) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทุกด้าน ทั้งยังพบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงจะสามารถปรับตัวได้ดีตามไปด้วย สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคาดว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงน่าที่จะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำ ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1984) สามารถจัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อม เพื่อเข้าสู่กระบวนการควบคุม และปรากฏผลออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว ดังนั้นความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว

การรับรู้ที่เป็นตรรกะกับการปรับตัว

ถดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าคุณสมบัติเชิงบวก โดยผู้ติดเชื้อประเมินจากพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ

จิราพร จิระสถิตย์ (2542) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะ หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ป่วยที่ประเมินเกี่ยวกับปฏิกิริยาของสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นเกี่ยวกับภาพลักษณ์เชิงลบ ความน่ารังเกียจ การไม่ยอมรับของสังคม และความรู้สึกสมเพช

ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ (2544) กล่าวว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะ คือ การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รู้สึกว่าคุณสมบัติเชิงลบในทางลบต่อโรคเอดส์ และรับรู้ว่าการติดเชื้อเป็นที่น่ารังเกียจของคนทั่วไป

สรุปได้ว่า การรับรู้ที่เป็นตรรกะ คือ ความคิด ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประเมินจากปฏิสัมพันธ์ของสังคม โดยผู้ติดเชื้อจะรับรู้ในเรื่องภาพลักษณ์โดยรวม ความน่ารังเกียจ การไม่ยอมรับของสังคม และความน่าสมเพช

การรับรู้ที่เป็นตรรกะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มันนี่แฮม และคณะ (Moneyham et al, 1996) ได้ศึกษาการรับรู้ที่เป็นตรรกะจากสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เป็นตรรกะใน 4 ลักษณะ คือ

1. ภาพลักษณ์โดยรวม เป็นการรับรู้ว่าคุณสมบัติเชิงลบได้ให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทางที่ไม่ดี เป็นความรู้สึกที่ถูกตำหนิจากสังคม เช่น ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนล่าช้าทางเพศ หรือเป็นคนดึกดำบรรพ์

2. ความน่ารังเกียจ เป็นการรับรู้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่ไม่มีใครพึงปรารถนา ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกว่าตนเองเหมือนเป็นคนขี้เรื้อน ไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ไม่มีใครอยากสัมผัส ไม่มีใครอยากมอง

3. การไม่ยอมรับจากสังคม เป็นการรับรู้ว่าคุณคนในสังคมไม่ต้องการร่วมพบปะสังสรรค์ หรือคบหาสมาคม ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ร่วมในสังคม เช่น บุคคลในสังคมหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. ความน่าสมเพช เป็นการรับรู้ว่าคุณคนในสังคมรู้สึกสมเพชผู้ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากสังคมรับรู้ว่าคุณป่วยคงมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานแล้วก็ต้องตายด้วยโรค ไม่มีใครช่วยเหลือ ไม่มีเพื่อน ไม่สามารถทำอะไรได้ หรือเสียใจต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นการเสแสร้งทำมากกว่าทำด้วยความจริงใจเพราะบุคคลเหล่านั้นก็ไม่สามารถที่จะเข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการทางความคิด และการรับรู้ของบุคคลเป็นสภาพทางจิตวิทยาที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรงมีผลต่อบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานที่จะนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบของข้อมูล และมีกระบวนการจดจำ การแปลความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางคั่นกลางกลั่นกรองการแปลความนั้น ซึ่งบุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมการแสดงออกมาตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ คือ พฤติกรรมการปรับตัว (Roy, 1984, p. 34) ปัจจัยที่ทำให้โรคเอดส์ถูกประณามรุนแรง ก็คือการที่โรคเอดส์เกิดขึ้นร่วมกับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ทั้งนี้เป็นเพราะว่าการระบาดของโรคเอดส์ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มเกย์ทั้งแบบ Homosexual และ Bisexual หรือชาย/หญิงที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำให้สังคมประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ และสังคมยังแสดงออกถึงความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อด้วยจึงกลายเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ตราบาปนั้น จากการศึกษาของอุยาสินี รวิทอง (2543) ปัจจุบันมีการนำเสนอข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ เพื่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งก็พบว่าสังคมมีความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีคนเป็นจำนวนมากที่ยังแสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ดังนั้นผลจากการรับรู้ที่เป็นตราบาปจึงส่งผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ที่เป็นตราบาปกับการปรับตัว การรับรู้ที่เป็นตราบาปเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวอย่างหนึ่ง โรคเอดส์เป็นโรคติดเชื้อที่แตกต่างจากโรคติดเชื้ออื่น ที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ และระบาดในกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ กลุ่มให้บริการทางเพศ

พวกสำล่อนทางเพศ และผู้ติดยาเสพติด กลุ่มบุคคลเหล่านี้ถือว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ไม่สอดคล้องกับค่านิยมของคนส่วนมาก (Turner et al, 1989, p. 390) ซึ่งสังคมมองว่าเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ เมื่อโรคเอดส์ได้เข้ามามีส่วนสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการตีตราเป็นสองเท่า (Davis, 1989, p. 90; Siminoff et al, 1991, p. 265) แม้ว่าปัจจุบันสื่อมวลชนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนจะช่วยกันพยายามให้ความรู้เพื่อแก้ไขทัศนคติของสังคม ให้มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อลดความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อแล้วก็ตาม ซึ่งพบว่าสังคมส่วนหนึ่งมีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่สังคมอีกส่วนหนึ่งยังคงมีความรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อโดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ระทมจากปฏิกิริยาที่สังคมมอบให้ จากการศึกษาของวรรณา คงสุริยะนาวัน (2540) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจสำหรับสังคม จะปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยาก เพราะเข้าใจว่าตนเองเป็นคนบาป และเป็นโรคที่เกิดจากความสำล่อนทางเพศ เช่นเดียวกับการศึกษาของลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) พบว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ ดังนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกสังคมตีตรา ทำให้ตนเองรับรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตราบาป ข้อมส่งผลต่อการปรับตัวในผู้ติดเชื้อ สำหรับ ในการวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า การรับรู้ที่เป็นตราบาปน่าที่จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยที่บุคคลที่มีการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำน่าที่จะปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูง ดังนั้นการรับรู้ที่เป็นตราบาปน่าจะมีอิทธิพลทางตรงต่อการปรับตัว

จากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้นำเสนอข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสนับสนุนตัวแปรที่ส่งผลต่อการปรับตัว โดยนำเสนอในตารางที่ 1 และสามารถสรุปได้ว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ ระยะเวลาการติดเชื้อ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ ความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ การรับรู้ที่เป็นตราบาป มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และคาดว่าน่าที่จะมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วย ดังนั้นจึงได้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังภาพที่ 3

ตารางที่ 1 สรุปแนวคิด/ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปร	แนวคิด/ทฤษฎี	งานวิจัย
เพศกับการปรับตัว	Andreason & Norris (1992)	จิตมณี ก้างอนตา (2539) จิตตินนุช หาญพาณิชย์พันธ์ (2541) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) สุทธิพร ใจแก้ว (2541) อรุณี หลายพสุ (2541) วัจนา สกุลคี (2542)
เพศกับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ		ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
เพศกับความเข้มแข็งอดทน		Hannah and Morrissey (1987) ศรัณญา เบญจกุล (2538)
เพศกับการสนับสนุนทางสังคม		Norbeck (1982)
เพศกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป		ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2536) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
อายุกับการปรับตัว	Lazarus & Flokman (1984)	Soucanh (1996) จิตมณี ก้างอนตา (2539) บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) จิตตินนุช หาญพาณิชย์พันธ์ (2541) อังคณา สรียาภรณ์ และคณะ (2541) อรุณี หลายพสุ (2541) วัจนา สกุลคี (2542) ศดานันท์ ปิยะกุล (2542) ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543)
อายุกับความเข้มแข็งอดทน		Hannah and Morrissey (1987)
อายุกับการสนับสนุนทางสังคม		Norbeck (1982)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	แนวคิด/ทฤษฎี	งานวิจัย
อายุกับความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้านสุขภาพ		วิลาสินี แผ้วชนะ (2541)
สถานภาพสมรสกับการปรับตัว	Burnard (1993)	บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) จิตตินนุช หาญพาณิชย์พันธ์ (2541) อรุณี หลายพสุ (2541) วิจิณา สกุลดี (2542) ศดานันท์ ปิยะกุล (2542) ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) วรรณฯ คงสุริยะนาวิน (2540)
สถานภาพสมรส กับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ		
สถานภาพสมรส กับความเข้มแข็งของตน		Kobasa & Maddi (1982)
สถานภาพสมรส กับการสนับสนุนทางสังคม		Norbeck (1982)
ระดับการศึกษากับการปรับตัว	Kobasa & Maddi (1982)	วรรณฯ คงสุริยะนาวิน (2540)
ระดับการศึกษา กับการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ		Soucanh (1996) จิตมณี ก้างออนตา (2539) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) จิตมณี ก้างออนตา (2539)
ระดับการศึกษา กับความเข้มแข็งของตน		ศรัณญา เบญจกุล (2538) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
ระดับการศึกษา กับการสนับสนุนทางสังคม		Norbeck (1982)
ระดับการศึกษากับความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้านสุขภาพ		สุภัทรา ชูเกียรติ (2543)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	แนวคิด/ทฤษฎี	งานวิจัย
รายได้กับการปรับตัว		บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) สุทธิพร ใจแก้ว (2541) อังคณา สรียาภรณ์ และคณะ (2541) วิจนา สกฤติ (2542) ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
รายได้		
กับการเปิดเผยสภาพการติดเชื่อ		
รายได้กับความเข้มแข็งอดทน		Nicholas (1992)
รายได้กับการสนับสนุนทางสังคม		Norbeck (1982)
รายได้		วิลาสินี แผ้วชนะ (2543)
กับความเชื่ออำนาจภายในตน		
ด้านสุขภาพ		
รายได้กับการรับรู้ที่เป็นดราม่า		ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้	Roy & Andrews (1999)	วรรณวิมล แก้วประถม (2543)
กับการปรับตัว		
ระยะเวลาการติดเชื่อ		บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง (2540) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540) ศดานันท์ ปิยะกุล (2542) ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543) ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
กับการปรับตัว		
ระยะเวลาการติดเชื่อ		
กับการเปิดเผยสภาพการติดเชื่อ		
ระยะเวลาการติดเชื่อ		Goodwin (1988)
กับความเข้มแข็งอดทน		ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	แนวคิด/ทฤษฎี	งานวิจัย
ระยะเวลาการติดเชื่อ		กลาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
กับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ		
การเปิดเผยสภาพการติดเชื่อ		Burnard (1993)
กับการปรับตัว		สุทธิรา สุนตระกูล (2536)
		เพียว ศรีแสงทอง (2539)
		ชไมพร จินต์คณาพันธ์ (2543)
การเปิดเผยสภาพการติดเชื่อ		เสาวภา พรสิริพงษ์ (2537)
กับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ		
ความเข้มแข็งของตน	Kobasa et al (1985)	Pollock (1986)
กับการปรับตัว	Pollock (1986)	Pollock (1993)
	Solomon, Temoshok, O' Leary	วิศลภา กรุฑแก้ว (2540)
	and Zich (1987)	กลาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์ (2540)
		ชไมพร จินต์คณาพันธ์
ความเข้มแข็งของตน	Carson & Green (1992)	
กับการเปิดเผยสภาพการติดเชื่อ		
ความเข้มแข็งของตน	Carson & Green (1992)	
กับการรับรู้ที่เป็นตรรกะ		
การสนับสนุนทางสังคม	McNete (1987)	Cassel (1976)
กับการปรับตัว	Sarafiro (1990)	Dimond (1982)
		Alumbaugh (1985)
		Lawrence (1992)
		จิตมณี ก้างอนดา (2539)
		ดุขฎี รุจจนเวท (2539)
		บุญทิพา โพธิเจริญ (2539)
		สุทธิพร ใจแก้ว (2541)
		อรทัย หรุเจริญพรพานิช (2541)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	แนวคิด/ทฤษฎี	งานวิจัย
การสนับสนุนทางสังคม		อังคณา ศรียาภรณ์ และคณะ (2541)
กับการเปิดเผยสภาพการคิดเชื่อ		วีรมลต์ จันทศิริ (2542)
การสนับสนุนทางสังคม		กิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543)
กับความเข้มแข็งของตน		พเยาว์ ศรีแสงทอง (2539)
การสนับสนุนทางสังคม		Byers (1993)
กับความเชื่ออำนาจภายในตน		วราลักษณ์ ปวนสุรินทร์ (2541)
ด้านสุขภาพ		วิลาสินี แก้วชนะ (2541)
การสนับสนุนทางสังคม		Fongsiri (1994)
กับการรับรู้ที่เป็นตราบาป		กิ่งแก้ว ไชยเจริญ (2543)
ความเชื่ออำนาจภายในตน	Wallston, Wallston, & DeVellis อรุณี หลายพสุ (2541)	
ด้านสุขภาพกับการปรับตัว	(1978)	
การรับรู้ที่เป็นตราบาป	Davis (1989)	วรรณฯ คงสุริยะนาวัน (2540)
กับการปรับตัว	Turner et al (1989)	สดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์(2540)
	Siminoff et al (1991)	จิราพร จิระสฤติย์ (2542)
		อุษาสินี รุ่งทอง (2543)

ตอนที่ 3 ลักษณะของโมเดลลิสเรล (LISREL model)

คุณสมบัติของการวิเคราะห์โมเดลลิสเรลที่ทำให้เป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ คุณลักษณะทั่วไป (generality) การวิเคราะห์โมเดลลิสเรลเป็นวิธีการที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างกว้างขวาง และครอบคลุมวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเกือบทุกแบบในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เป็นต้น

การศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิม (classical causal model) เป็นการศึกษาโมเดลประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด และไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด เนื่องจากการศึกษาโมเดลเชิงสาเหตุดังกล่าวมีข้อตกลงเบื้องต้นว่า ตัวแปรต้องไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด ข้อตกลงเบื้องต้นข้อนี้ยังไม่ตรงกับสภาพความเป็นจริง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโมเดลลิสเรลแล้ว จะผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว เนื่องจากโมเดลลิสเรลสามารถประมาณค่าพารามิเตอร์ของเทอมความคลาดเคลื่อนได้ ทำให้การศึกษาโมเดลตรงตามสภาพความเป็นจริง (Joreskog & Sorbom, 1996, pp. 21 – 98; Bollen, 1989, p. 95) โมเดลลิสเรล (Linear Structural Relationship model) หมายถึง โมเดลแสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรที่เป็นไปได้ทั้งตัวแปรสังเกตได้ (observed variable) และตัวแปรแฝง (latent variable) ซึ่งโมเดลลิสเรลนี้เป็นโมเดลการวิจัยที่มีประโยชน์มาก และใช้ได้กับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์เกือบทุกประเภท เนื่องจากปัญหาสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ

นอกจากโมเดลลิสเรลจะมีคุณลักษณะที่ผ่อนคลายข้อตกลงเบื้องต้นจากโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมดังกล่าวแล้ว จากการศึกษาเกี่ยวกับโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิม และโมเดลลิสเรล (Mueller, 1988, p. 18; Joreskog & Sorbom, 1989, p. 2) สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิม และโมเดลลิสเรลได้หลายประการ ซึ่งความแตกต่างแต่ละด้านจะแสดงให้เห็นถึงข้อดีของโมเดลลิสเรล กล่าวคือ

ประการแรก โมเดลลิสเรลสามารถวิเคราะห์อิทธิพลย้อนกลับได้ จึงสามารถระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบเส้น (linear) และแบบบวก (additive) ได้ทั้งทางเดียว และสองทาง (recursive and non - recursive model) ในขณะที่โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบเส้น และแบบบวกที่เป็นทิศทางเดียวเท่านั้น

ประการที่สอง โมเดลลิสเรลมีความสามารถในการประมาณค่าพารามิเตอร์ของเทอมความคลาดเคลื่อน (error of measurement) ได้ดีกว่า เนื่องจากมีข้อตกลงเบื้องต้นที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงว่าการวัดตัวแปรแฝงในการวิจัยทางการศึกษานั้น จะมีความคลาดเคลื่อนอยู่

เสมอ ซึ่งในโปรแกรมลิสรตจะมีวิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์หลายแบบ และยอมให้ความแปรปรวนร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อนมีค่าไม่เท่ากับศูนย์ได้ ทำให้ผลการวิเคราะห์ดีขึ้น แต่โมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะยึดข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด และความแปรปรวนร่วมของเทอมความคลาดเคลื่อนมีค่าเท่ากับศูนย์

ประการที่สาม การวิเคราะห์ด้วยโมเดลลิสรตสามารถวิเคราะห์โมเดลที่มีตัวแปรแฝงได้ และตัวแปรมีระดับการวัดตั้งแต่ระดับนามบัญญัติ(nominal scale) ขึ้นไป ส่วนโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะมีเฉพาะตัวแปรสังเกตได้เท่านั้น โดยมีตัวแปรระดับอันตรภาค (interval scale)

ประการที่สี่ โมเดลลิสรตวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์อิทธิพลรวมกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ สำหรับโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมจะวิเคราะห์ตามหลักการวิเคราะห์อิทธิพล

ประการสุดท้าย โมเดลลิสรตสามารถคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องออกมาได้พร้อมกับผลการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ในโมเดลเชิงสาเหตุแบบดั้งเดิมต้องคำนวณด้วยมือ อีกทั้งการปรับโมเดลก็ทำได้ยากกว่าในโมเดลลิสรต

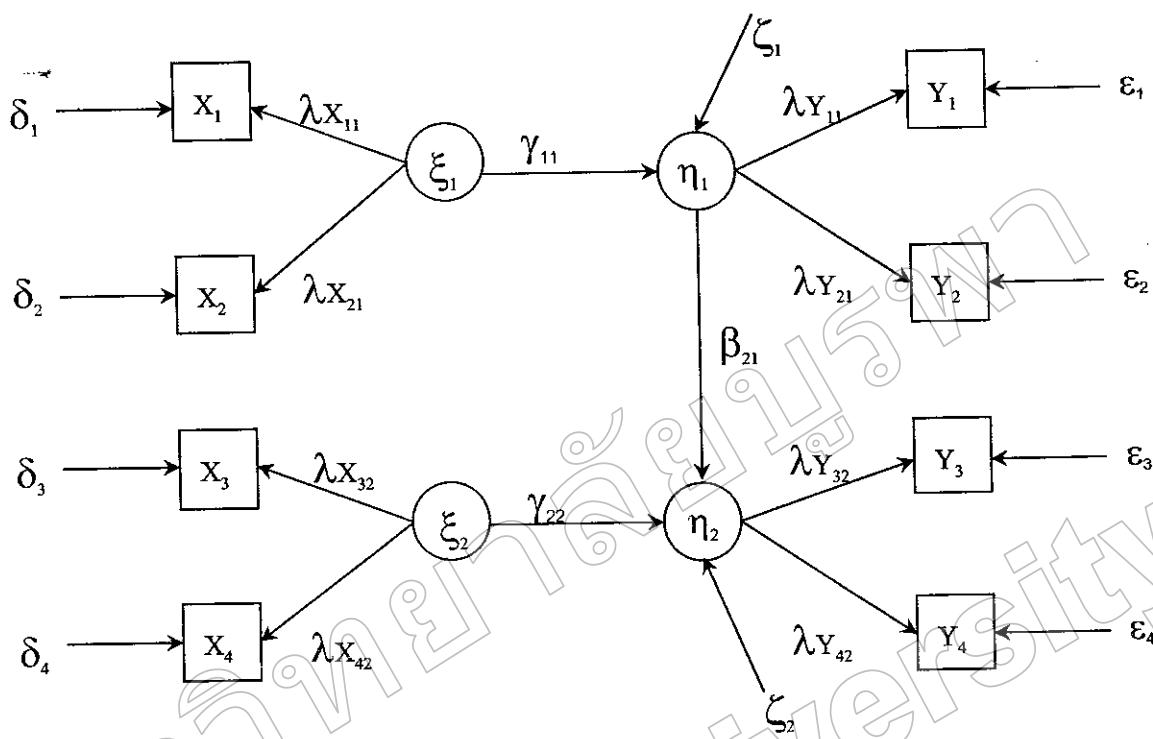
โมเดลลิสรต หรือ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุเป็นหัวใจสำคัญของการวิเคราะห์อิทธิพลซึ่งจะช่วยให้นักวิจัยตอบคำถามวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรในการวิจัยได้ การดำเนินการวิเคราะห์เริ่มต้นจากการสร้างโมเดลลิสรตแสดงอิทธิพลจากพื้นฐานทางทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นโมเดลการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน ดังนี้ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 45 - 60)

1. การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (specification of the model)
2. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (identification of the model)
3. การประมาณค่าพารามิเตอร์จากโมเดล (parameter estimation of the model)
4. การตรวจสอบความตรงของโมเดล (validation of the model)

เพื่อให้เป็นที่เข้าใจชัดเจนถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ จึงขอเสนอรายละเอียดของการวิเคราะห์แต่ละขั้นตอนพอสังเขปดังนี้

1. การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (specification of the model)

โมเดลลิสรต ประกอบด้วยโมเดลที่สำคัญ 2 โมเดล คือ โมเดลการวัด (measurement model) และ โมเดลสมการ โครงสร้าง (structural equation model) โมเดลการวัดเป็นโมเดลแสดงความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงและตัวแปรสังเกตได้ ส่วนโมเดลสมการ โครงสร้างเป็นโมเดลที่ระบุความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรแฝงด้วยกันภายในโมเดลการวิจัย แสดงดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 โมเดลการวัด และโมเดลสมการโครงสร้าง

โมเดลในแผนภาพมีตัวแปรแฝงที่เป็นตัวแปรภายนอก 2 ตัวแปร และตัวแปรแฝงที่เป็นตัวแปรภายใน 2 ตัวแปร ตัวแปรแฝงทั้ง 4 ตัว แต่ละตัววัดได้จากตัวแปรสังเกตได้ 2 ตัวแปร

เมื่อ	X	=	Eks	แทนเวกเตอร์ตัวแปรสังเกตได้ภายนอก
	Y	=	Wi	แทนเวกเตอร์ตัวแปรสังเกตได้ภายใน
	ξ	=	X_i	แทนเวกเตอร์ตัวแปรแฝงภายนอก
	η	=	Eta	แทนเวกเตอร์ตัวแปรแฝงภายใน
	δ	=	Delta	แทนเวกเตอร์ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปร X
	ϵ	=	Epsilon	แทนเวกเตอร์ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปร Y
	ζ	=	Zeta	แทนเวกเตอร์ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรแฝงภายใน
	ΔX	=	$\text{Lambda-X} = \text{LX}$	แทนเมทริกซ์สัมประสิทธิ์การถดถอยของ ξ บน X
	ΔY	=	$\text{Lambda-Y} = \text{LY}$	แทนเมทริกซ์สัมประสิทธิ์การถดถอยของ η บน Y
	Γ	=	Gamma	= GA แทนเมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุจาก ξ ไป η
	β	=	Beta	= BE แทนเมทริกซ์อิทธิพลเชิงสาเหตุระหว่าง η
	ϕ	=	Phi	= PH แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวน

ร่วมระหว่าง ξ

$\Psi = \text{Psi} = \text{PS}$ แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวน
ร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อน ζ

$\Theta\delta = \text{Theta-delta} = \text{TD}$ แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวน
ร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อน δ

$\Theta\varepsilon = \text{Theta-epsilon} = \text{TE}$ แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวน
ร่วมระหว่างความคลาดเคลื่อน ε

ตัวแปรในโมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model) มีความสัมพันธ์กัน
แสดงในรูปของสมการโครงสร้าง (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542, หน้า 29) ดังนี้

$$\eta = \beta\eta + \Gamma\xi + \zeta$$

$$\eta_1 = \gamma_{11}\xi_1 + \zeta_1$$

$$\eta_2 = \beta_{21}\eta_1 + \gamma_{22}\xi_2 + \zeta_2$$

ในที่นี้

$$\eta = \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{bmatrix} \quad \beta = \begin{bmatrix} 0 & 0 \\ \beta_{21} & 0 \end{bmatrix} \quad \Gamma = \begin{bmatrix} \gamma_{11} & 0 \\ 0 & \gamma_{22} \end{bmatrix} \quad \xi = \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \end{bmatrix} \quad \zeta = \begin{bmatrix} \zeta_1 \\ \zeta_2 \end{bmatrix}$$

เขียนสมการในรูปเมทริกซ์ได้ดังนี้

$$\begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 0 & 0 \\ \beta_{21} & 0 \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \gamma_{11} & 0 \\ 0 & \gamma_{22} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \zeta_1 \\ \zeta_2 \end{bmatrix}$$

ตัวแปรในโมเดลการวัด (measurement model) มีความสัมพันธ์กันแสดงในรูปของสมการ
ดังนี้

$$X = \Delta X\xi + \delta$$

$$X_1 = \lambda X_{11}\xi_1 + \delta_1$$

$$X_2 = \lambda X_{21}\xi_2 + \delta_2$$

$$X_3 = \lambda X_{32}\xi_3 + \delta_3$$

$$X_4 = \lambda X_{42}\xi_4 + \delta_4$$

$$Y = \Delta Y\eta + \varepsilon$$

$$Y_1 = \gamma Y_{11}\eta_1 + \varepsilon_1$$

$$Y_2 = \lambda Y_{21}\eta_1 + \varepsilon_2$$

$$Y_3 = \lambda Y_{32}\eta_1 + \varepsilon_3$$

$$Y_4 = \lambda Y_{42}\eta_1 + \varepsilon_4$$

ในที่นี้

$$X = \begin{bmatrix} X_1 \\ X_2 \\ X_3 \\ X_4 \end{bmatrix} \quad \Delta X = \begin{bmatrix} \lambda X_{11} & 0 \\ \lambda X_{21} & 0 \\ 0 & \lambda X_{32} \\ 0 & \lambda X_{42} \end{bmatrix} \quad \xi = \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \end{bmatrix} \quad \delta_1 = \begin{bmatrix} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \delta_3 \\ \delta_4 \end{bmatrix}$$

$$Y = \begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ Y_3 \\ Y_4 \end{bmatrix} \quad \Delta Y = \begin{bmatrix} \lambda Y_{11} & 0 \\ \lambda Y_{21} & 0 \\ 0 & \lambda Y_{32} \\ 0 & \lambda Y_{42} \end{bmatrix} \quad \eta = \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{bmatrix} \quad \varepsilon = \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \\ \varepsilon_3 \\ \varepsilon_4 \end{bmatrix}$$

เขียนสมการในรูปเมทริกซ์ ได้ดังนี้

$$\begin{bmatrix} X_1 \\ X_2 \\ X_3 \\ X_4 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda X_{11} & 0 \\ \lambda X_{21} & 0 \\ 0 & \lambda X_{32} \\ 0 & \lambda X_{42} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \xi_1 \\ \xi_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \delta_3 \\ \delta_4 \end{bmatrix}$$

$$\begin{bmatrix} Y_1 \\ Y_2 \\ Y_3 \\ Y_4 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \lambda Y_{11} & 0 \\ \lambda Y_{21} & 0 \\ 0 & \lambda Y_{32} \\ 0 & \lambda Y_{42} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} \eta_1 \\ \eta_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} \varepsilon_1 \\ \varepsilon_2 \\ \varepsilon_3 \\ \varepsilon_4 \end{bmatrix}$$

งานสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรล คือ การกำหนดค่าเมทริกซ์ทั้ง 8 เมทริกซ์ ให้สอดคล้องกับโมเดลการวิจัย เพื่อจะได้เขียนคำสั่งให้โปรแกรมประมาณค่าพารามิเตอร์ ตามลักษณะของพารามิเตอร์ในโมเดลลิสเรล การกำหนดค่าเมทริกซ์ทำได้ 3 แบบ ตามลักษณะของพารามิเตอร์ในโมเดล ที่แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (Joreskog & Sorbom, 1989) ดังนี้

1. พารามิเตอร์กำหนด (fixed parameters) เมื่อ โมเดลการวิจัย ไม่มีเส้นแสดงอิทธิพลระหว่างตัวแปร พารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลตัวนั้นจะเป็นพารามิเตอร์กำหนด ใช้สัญลักษณ์ "0"
2. พารามิเตอร์บังคับ (constrained parameters) เมื่อ โมเดลการวิจัยมีเส้นอิทธิพลระหว่างตัวแปร และพารามิเตอร์ขนาดอิทธิพลตัวนั้นเป็นค่าที่ต้องการประมาณ แต่นักวิจัยมีเงื่อนไข

ที่ต้องกำหนดให้พารามิเตอร์บางตัวมีค่าเฉพาะคงที่ เช่น มีค่าเท่ากับหนึ่ง หรือมีค่าอื่น ๆ กรณีเช่นนี้ จะกำหนดค่าสมาชิกในเมทริกซ์ที่แทนค่าพารามิเตอร์นั้นเป็นพารามิเตอร์บังคับ

3. พารามิเตอร์อิสระ (free parameters) เป็นพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า และไม่ได้บังคับให้มีค่าอย่างใดอย่างหนึ่ง ใช้สัญลักษณ์ “*”

2. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (identification of the model)

การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลมีความสำคัญ และมีนักสถิติศึกษาค้นคว้า เรื่องนี้กันมาก ผลการค้นพบสรุปได้ว่ามีเงื่อนไขที่ทำให้ระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวพอดี ที่ต้องพิจารณาอยู่ 3 ประเภท (Bollen, 1989) คือ เงื่อนไขจำเป็น (necessary condition) เงื่อนไขพอเพียง (sufficient condition) เงื่อนไขจำเป็น และพอเพียง (necessary and sufficient condition) ดังรายละเอียดของแต่ละประเภทดังต่อไปนี้

1. เงื่อนไขจำเป็นของการระบุได้พอดี โมเดลจะเป็นโมเดลระบุได้พอดีต้องมีเงื่อนไขจำเป็น คือ จำนวนพารามิเตอร์ที่ไม่ทราบค่าจะต้องน้อยกว่า หรือเท่ากับจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ ความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เงื่อนไขข้อนี้เรียกว่ากฎที่ (t-rule) เป็นเงื่อนไขที่จำเป็น แต่ไม่พอเพียงที่จะระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล การตรวจสอบเงื่อนไขข้อนี้ทำได้สะดวก เมื่อใช้โปรแกรมลิสเรล เพราะผลการวิเคราะห์จะให้จำนวนพารามิเตอร์ที่ต้องการประมาณค่า (t) และจำนวนตัวแปรสังเกตได้ (NI) ซึ่งนำมาคำนวณหาจำนวนสมาชิกในเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมได้ กฎที่กล่าวว่า โมเดลระบุได้พอดีเมื่อ $t < (1/2)(NI)(NI+1)$

2. เงื่อนไขพอเพียงของการระบุได้พอดี เงื่อนไขพอเพียงสำหรับการระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดลมีหลายกฎแตกต่างกันตามลักษณะของโมเดล (Bollen, 1989, pp. 104, 247, 332) โดยมีกฎทั่วไปดังนี้

2.1 กฎสำหรับโมเดลลิสเรลที่ไม่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด เงื่อนไขพอเพียง ได้แก่ กฎความสัมพันธ์ทางเวียน (recursive rule) กล่าวว่า เมทริกซ์ BE ต้องเป็นเมทริกซ์ได้แนวทแยง และเมทริกซ์ PS ต้องเป็นเมทริกซ์แนวทแยง

2.2 กฎสำหรับโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เงื่อนไขพอเพียง ได้แก่ กฎสามตัวบ่งชี้ (three-indicator rule) กล่าวว่า สมาชิกในเมทริกซ์ LX จะต้องมีความไม่เท่ากับศูนย์อย่างน้อยหนึ่งจำนวนในแต่ละแถว องค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบต้องมีตัวบ่งชี้ หรือตัวแปรสังเกตได้อย่างน้อยสามตัว และเมทริกซ์ TD ต้องเป็นเมทริกซ์แนวทแยง

2.3 กฎสำหรับโมเดลลิสเรลที่มีความคลาดเคลื่อนในการวัด เงื่อนไขพอเพียง ได้แก่ กฎสองขั้นตอน (two-step rule) กล่าวว่า ขั้นตอนที่หนึ่งให้นักวิจัยปรับ โมเดลลิสเรลเป็นโมเดลวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน กล่าวคือ รวมตัวแปรภายในและภายนอกเป็นชุดเดียวเสมือนว่าเป็น

ตัวแปรภายในมารวมเป็นชุดเดียวเสมือนว่าเป็นตัวแปรสังเกตได้ เช่น ในโมเดลลิสเรลที่ไม่มี
ความคลาดเคลื่อนในการวัดแล้วตรวจสอบโดยใช้กฎ 2.1

2.3 เงื่อนไขจำเป็น และพอเพียงของการระบุได้พอดี เงื่อนไขประเภทนี้เป็นเงื่อนไข
ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบกับเงื่อนไขสองประเภทแรก เงื่อนไขข้อนี้กล่าวว่า
โมเดลระบุได้พอดี ต่อเมื่อสามารถแสดงได้โดยการแก้สมการ โครงสร้างว่า พารามิเตอร์แต่ละค่า
จะได้รับการแก้สมการที่เกี่ยวข้องกับความแปรปรวน และความแปรปรวนร่วมของประชากร
วิธีการตรวจสอบตามเงื่อนไขนี้ดูเป็นไปไม่ได้หากจะต้องแก้สมการ โดยไม่มีคอมพิวเตอร์

3. การประมาณค่าพารามิเตอร์จากโมเดล (parameter estimation of the model)

จุดมุ่งหมายของการประมาณค่าพารามิเตอร์ คือ การหาค่าพารามิเตอร์ที่ทำให้เมทริกซ์ S
และ Sigma มีค่าใกล้เคียงกันมากที่สุด ซึ่งในที่นี้ S แทนเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวน
ร่วมที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่าง และ Sigma แทน เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม
ที่สร้างขึ้นจากพารามิเตอร์ที่ประมาณค่าได้จากโมเดลที่เป็นสมมุติฐานถ้าเมทริกซ์ทั้งสองมีค่า
ใกล้เคียงกันแสดงว่า โมเดลที่เป็นสมมุติฐาน มีความสอดคล้องกันกับโมเดลที่เป็นข้อมูล
เชิงประจักษ์ (Joreskog & Sorbom, 1989; Bollen, 1989)

การกำหนดเงื่อนไขให้เมทริกซ์ S และ Sigma มีค่าใกล้เคียงกันนั้น ใช้วิธีการสร้างฟังก์ชัน
ความสอดคล้อง (fit or fitting function) เป็นตัวเกณฑ์ในการตรวจสอบและหากจะทำให้ได้
ค่าประมาณ ที่มีความคงเส้นคงวา (consistency) ทุกฟังก์ชันต้องมีคุณสมบัติรวม 4 ประการ (Bollen,
1989, p. 106) ดังนี้

- ฟังก์ชันความสอดคล้องต้องเป็นสเกลาร์ (scalar) หรือเป็นเลขจำนวน
- ฟังก์ชันความสอดคล้องต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0
- ฟังก์ชันความสอดคล้องต้องมีค่าเป็น 0 เมื่อเมทริกซ์ Sigma และ S มีค่าเท่ากันเท่านั้น
- ฟังก์ชันความสอดคล้องเป็นฟังก์ชันต่อเนื่อง (continuous function)

วิธีการประมาณค่าพารามิเตอร์ในแต่ละวิธีให้ผลการประมาณค่าที่มีคุณสมบัติแตกต่างกัน
กันไป ซึ่งวิธีประมาณค่าในโปรแกรมลิสเรลมี 7 วิธี (Bollen, 1989, Joreskog & Sorbom, 1996) ดังนี้

3.1 วิธีกำลังสองน้อยที่สุดไม่ถ่วงน้ำหนัก (Unweighted Least Squares: ULS)

ซึ่งค่าพารามิเตอร์ที่ประมาณด้วยวิธีนี้มีคุณสมบัติเป็นค่าประมาณที่มีความคงเส้นคงวา แต่ไม่มี
ประสิทธิภาพ (efficiency) และค่าพารามิเตอร์ที่ได้ขาดคุณสมบัติของความเป็นอิสระจากมาตรวัด
(scale free) ขณะที่จุดเด่นของวิธีนี้ คือความง่ายและความสะดวกในวิธีการประมาณค่า และเป็นวิธี
ที่เหมาะสมกับข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงแตกต่างไปจากการแจกแจงแบบปกติพหุนาม
(multivariate normal distribution)

3.2 วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักทั่วไป (Generalized Least Squares: GLS) ใช้วิธีการนี้ในการประมาณค่า เมื่อข้อมูลมีความแปรปรวนของตัวแปรตามไม่เท่ากันทุกค่าของตัวแปรต้น (heteroscedasticity) หรือมีความสัมพันธ์กันระหว่างความคลาดเคลื่อน (auto-correlation) เนื่องจากวิธีการประมาณค่าแบบ GLS จะทำการถ่วงน้ำหนักค่าสังเกตเพื่อปรับแก้ความแปรปรวนที่ไม่เท่ากัน ซึ่งค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้มีความคงเส้นคงวามีประสิทธิภาพ และเป็นอิสระจากมาตรวัด หรือไม่มีหน่วย

3.3 วิธีโลกลิขิตสูงสุด (Maximum Likelihood: ML) เป็นการประมาณค่าพารามิเตอร์ในโมเดลที่นิยมใช้มากที่สุด ค่าที่ได้จะมีคุณสมบัติจะมีความคงเส้นคงวามีประสิทธิภาพ และเป็นอิสระจากมาตรวัดหรือไม่มีหน่วย การแจกแจงกลุ่มของค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้จากวิธี ML เป็นแบบปกติ และความแกร่งของค่าประมาณขึ้นอยู่กับขนาดของค่าพารามิเตอร์

3.4 วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักทั่วไป (Generally Weighted Least Squares: WLS) เป็นวิธีประมาณค่าที่ครอบคลุมวิธีที่กล่าวมาทั้งหมด ลักษณะการประมาณค่าจะไม่ใช้เมทริกซ์เต็มรูป แต่จะใช้เฉพาะสมาชิกในแนวทแยงและได้แนวทแยง โดยถ่วงน้ำหนักด้วยอินเวอร์สของเมทริกซ์ w ข้อเสียคือ ถ้าหากเมทริกซ์ w มีตัวแปรสังเกตได้มากเกินไปก็จะทำให้คอมพิวเตอร์ใช้เวลาในการคำนวณมากขึ้น และวิธีนี้ไม่เหมาะสมกับเมทริกซ์ที่มีการตัดข้อมูลสูญหายแบบตัดเฉพาะคู่ที่ขาด (pairwise)

3.5 วิธีกำลังสองน้อยที่สุดถ่วงน้ำหนักแนวทแยง (Diagonally Weighted Least Squares: DWLS) การประมาณค่าพารามิเตอร์วิธีนี้พัฒนามาจากวิธี WLS โดยพยายามลดเวลาในการคำนวณของคอมพิวเตอร์ คือ แทนที่จะคำนวณจากทุกสมาชิกในเมทริกซ์ ก็คำนวณเฉพาะสมาชิกในแนวทแยงเมทริกซ์ ผลที่ได้ทำให้ค่าประมาณพารามิเตอร์ไม่มีประสิทธิภาพแต่จะมีประโยชน์เพราะค่าประมาณที่ได้จะอยู่ระหว่างค่าที่ได้จากวิธี ULS และ WLS

3.6 วิธีตัวแปรที่ใช้เป็นเครื่องมือ (Instrumental Variables: IV) การประมาณค่าพารามิเตอร์ทั้งวิธีนี้ใช้เป็นการประมาณตั้งต้น สำหรับการประมาณค่าพารามิเตอร์ด้วยวิธีอื่น ๆ ใช้หลักการ คือ การกำหนดตัวแปรอ้างอิง (reference variable) สำหรับตัวแปรแฝงในโมเดล โดยโปรแกรมจะกำหนดโดยอัตโนมัติ จากค่าตัวแปรสังเกตได้ที่นักวิจัยกำหนดให้ค่าพารามิเตอร์ในเมทริกซ์ LX และ LY มีค่าเป็น 1 จากนั้น โปรแกรมอิสระจะนำตัวแปรอ้างอิงและตัวแปรสังเกตได้มาคำนวณ หาค่าประมาณพารามิเตอร์ โดยค่าประมาณพารามิเตอร์ที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ แต่มีคุณสมบัติความคงเส้นคงวา (consistency)

3.7 วิธีกำลังสองน้อยที่สุดสองขั้น (Two – Stage Least Squares: TSLS) ใช้หลักการประมาณค่าพารามิเตอร์ตั้งต้นเช่นเดียวกับวิธี IV โดยลักษณะค่าประมาณค่าพารามิเตอร์ที่ได้

ไม่มีประสิทธิภาพ แต่มีความคงเส้นคงวา และข้อด้อยอีกข้อหนึ่งคือ โปรแกรมลิสเรลมิได้คำนวณค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานสำหรับค่าประมาณชุดนี้และไม่สามารถทดสอบนัยสำคัญได้

4. การตรวจสอบความตรงของโมเดล (validation of the model)

ขั้นตอนที่สำคัญในการวิเคราะห์โมเดลลิสเรลอีกขั้นตอนหนึ่ง คือ การตรวจสอบความตรงของโมเดลลิสเรลที่เป็นสมมติฐานการวิจัย หรือการประเมินผลความถูกต้องของโมเดล หรือการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลนั้น ซึ่งจะเสนอค่าสถิติที่ช่วยในการตรวจสอบ ความตรงของโมเดลรวม 5 วิธี (Joreskog & Sorbom, 1989) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ของค่าประมาณพารามิเตอร์ (Standard Errors and Correlations of Estimates) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรล จะให้ค่าประมาณพารามิเตอร์ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าสถิติที และสหสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณ ถ้าค่าประมาณที่ได้ไม่มีนัยสำคัญ แสดงว่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานมีขนาดใหญ่ และโมเดลการวิจัยอาจจะยังไม่ดีพอ ถ้าสหสัมพันธ์ระหว่างค่าประมาณมีค่าสูงมากเป็นสัญญาณ แสดงว่าโมเดลการวิจัยใกล้เคียงไม่เป็นบวกแน่นอน (non-positive define) และเป็นโมเดลที่ไม่ดีพอ

4.2 สหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (Multiple Correlations and Coefficients of Determination) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรมลิสเรลจะให้ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณและสัมประสิทธิ์การพยากรณ์สำหรับตัวแปรสังเกตได้แยกทีละตัว และรวมทุกตัว รวมทั้งสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ของสมการ โครงสร้างด้วย ค่าสถิติเหล่านี้ควรมีค่าสูงสุดไม่เกิน 1.00 และค่าที่สูงแสดงว่า โมเดลมีความตรง

4.3 ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้อง (model fit statistics) ค่าสถิติในกลุ่มนี้ใช้ตรวจสอบความตรงของโมเดลเป็นภาพรวมทั้งโมเดล มิใช่เป็นการตรวจสอบเฉพาะค่าพารามิเตอร์แต่ละตัวเหมือนค่าสถิติสองประเภทแรก ในทางปฏิบัติแล้วนักวิจัยควรใช้ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องตรวจสอบความตรงของโมเดลทั้งโมเดล แล้วตรวจสอบความตรงของพารามิเตอร์แต่ละตัวโดยพิจารณาค่าสถิติสองประเภทด้วย เพราะในบางกรณีถึงแม้ว่าค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องจะแสดงว่าโมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่อาจจะมีพารามิเตอร์บางค่าไม่มีนัยสำคัญก็ได้ ค่าสถิติในกลุ่มนี้มี 6 ประเภท ดังต่อไปนี้

4.3.1 ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-square Statistics) ค่าสถิติไค-สแควร์เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานทางสถิติว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์ การคำนวณค่าไค-สแควร์คำนวณจาก ผลคูณขององศาอิสระกับค่าฟังก์ชันความสอดคล้อง ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าสูงมาก

แสดงว่าฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ โมเดลอิสระ ไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าต่ำมากเท่าไร แสดงว่าโมเดลอิสระสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

การใช้ค่าสถิติไค-สแควร์เป็นค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้องที่ผู้วิจัยควรจะต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะข้อตกลงเบื้องต้นของค่าสถิติไค-สแควร์มีอยู่ 4 ประการ คือ ก) ตัวแปรภายนอกสังเกตได้ ต้องมีการแจกแจงปกติ ข) การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นต้องใช้เมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วมในการคำนวณ ค) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดใหญ่ เพราะฟังก์ชัน ความสอดคล้องจะมีการแจกแจงแบบ ไค-สแควร์ต่อเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เท่านั้น และ ง) ฟังก์ชันความสอดคล้องมีค่าเป็นศูนย์จริงตามสมมติฐานที่ใช้ทดสอบไค-สแควร์

4.3.2 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness-of-Fit Index = GFI) ดัชนี GFI เป็นดัชนีที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์จากค่าไค-สแควร์ในการเปรียบเทียบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของโมเดลสองโมเดล หลักการพัฒนาดัชนี GFI คือ การนำค่าไค-สแควร์มาพิจารณาค่าไค-สแควร์มีค่าสูงเมื่อเทียบกับองศาอิสระ นักวิจัยปรับโมเดลใหม่แล้ววิเคราะห์ข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง ค่าไค-สแควร์ที่ได้ใหม่นี้ถ้ามีค่าลดลงมากกว่าค่าแรก แสดงว่าโมเดลใหม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีขึ้น ดัชนี GFI เป็นอัตราส่วนของผลต่างระหว่างฟังก์ชันความสอดคล้องจากโมเดลก่อนปรับ และหลังปรับโมเดล กับฟังก์ชันความสอดคล้องก่อนปรับ โมเดล ดัชนี GFI จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 และเป็นค่าที่ไม่ขึ้นกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง แต่ลักษณะการแจกแจงขึ้นอยู่กับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดัชนี GFI ที่เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.3.3 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of-Fit Index = AGFI) เมื่อนำดัชนี GFI มาปรับแก้ โดยคำนึงถึงขนาดของอิสระ (df) ซึ่งรวมทั้งจำนวนตัวแปร และขนาดกลุ่มตัวอย่าง ค่าดัชนี AGFI นี้มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับดัชนี GFI

4.3.4 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index = CFI) จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1.00 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.3.5 ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Squared Residual = Standardized RMR) เป็นค่าบอกความคลาดเคลื่อนของโมเดลจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ค่ายิ่งเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.3.6 ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square of Error approximation = RMSEA) ค่าของ RMSEA มีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 และค่า RMSEA ที่เข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.4 การวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อน (Analysis of Residuals) ในการใช้โปรแกรมลิสเรล นักวิจัยควรวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนควบคู่กันไปกับดัชนีตัวอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมลิสเรลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนมีหลายแบบ แต่ละแบบใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดังนี้

4.4.1 เมทริกซ์ความคลาดเคลื่อนในการเทียบความสอดคล้อง (Fitted Residuals Matrix) หมายถึงเมทริกซ์ที่เป็นผลต่างของเมทริกซ์ S และ Sigma โปรแกรมลิสเรล จะให้ค่าความคลาดเคลื่อนทั้งในรูปคะแนนดิบ และคะแนนมาตรฐาน ค่าความคลาดเคลื่อน ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ ผลหารระหว่างความคลาดเคลื่อนกับค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของความคลาดเคลื่อนนั้น ถ้าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูล ค่าความคลาดเคลื่อนในรูปคะแนนมาตรฐานไม่ควรมีค่าเกิน 2.00 ถ้ายังมีค่าเกิน 2.00 ต้องปรับ โมเดลใหม่ นอกจากจะให้ค่าความคลาดเคลื่อนแล้ว โปรแกรมลิสเรลยังให้แผนภาพต้น-ใบ (stem-and-leaf plot) ของความคลาดเคลื่อนด้วย

4.4.2 คิวพล็อต (Q-Plot) เป็นกราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างค่าความคลาดเคลื่อนกับค่าควอนไทล์ปกติ (normal quantiles) ถ้าได้เส้นกราฟมีความชันมากกว่าเส้นทแยงมุม อันเป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์

4.5 ดัชนีปรับ โมเดล (Model Modification Indices) ดัชนีปรับ โมเดลเป็นค่าสถิติเฉพาะสำหรับพารามิเตอร์แต่ละตัวมีค่าเท่ากับค่าไค-สแควร์ที่จะลดลงเมื่อกำหนดให้พารามิเตอร์ตัวนั้นเป็นพารามิเตอร์อิสระ หรือมีการผ่อนคลายข้อกำหนดเงื่อนไขบังคับของพารามิเตอร์นั้น ข้อมูลที่ได้นี้เป็นประโยชน์มากสำหรับนักวิจัยในการตัดสินใจปรับ โมเดลลิสเรลให้ดีขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ค่าสถิติวัดระดับความสอดคล้อง (Model Fit Statistics) ในการตรวจสอบความตรงของ โมเดล โดยใช้ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Square Statistics) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้อง (Goodness-of-Fit Index = GFI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องที่ปรับแก้แล้ว (Adjusted Goodness-of-Fit Index = AGFI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบ (Comparative Fit Index = CFI) ค่ารากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standardized Root Mean Square Residual = Standardized RMR) และค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Root Mean Square of Error Approximation = RMSEA)