

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงรายและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยการได้รับการปรึกษาและปัจจัยการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
2. ภาวะซึมเศร้า
3. การให้การปรึกษา
4. การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. ลักษณะทางภาวะจิตสังคมของการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง

ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยแต่ละคนจะมีวิธีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของโรค ลักษณะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยรวมทั้งสภาพแวดล้อมทางครอบครัว สังคม ภาวะจิตสังคมเป็นเรื่องที่ควรให้ความสนใจและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็น โรคร้ายแรง และคุกคามชีวิต เช่นเป็นโรคมะเร็ง หรือป่วยเป็นโรคเอดส์หรือแม้แต่ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี โรคที่ร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยมาก ปฏิกริยาทางจิตต่อโรคของผู้ป่วยนั้นก็คือปฏิกริยาต่อภาวะวิกฤติ เช่นผู้ป่วยที่รู้ตนเองว่าเป็นโรคมะเร็ง ติดเชื้อเอชไอวีหรือแม้แต่สงสัยจะตกใจและกังวลมากในขณะรอผลการตรวจวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธและการไม่ยอมรับเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยบ้างก็กล่าวโทษว่าแพทย์อาจตรวจผิดและพยายามไปรับบริการตรวจตามสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ (ตันสนีย์ สมิตะเกษศริน, 2542, หน้า 6) การแสดงออกของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจอาจแตกต่างกันไป ความกลัว ความหมดหวังทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัวและซึมเฉย ปฏิกริยาเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือรักษาไม่หาย ปฏิกริยา

ทางใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ อลิซาเบธ คูเบลรอส นักภรรยาวิทยาได้กล่าวถึงลำดับขั้นตอนของการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิตไว้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (Kubler-Ross, 1969; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 6-8; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวนิช , 2542, หน้า 421-424)

1.1 ตกใจและปฏิเสธความจริง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ในชีวิตที่พบได้บ่อยในระยะแรกที่รับทราบข่าวร้ายว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงรักษาไม่หายและต้องเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ผู้ป่วยจะตกใจและปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง มีอาการซีดซึ่งแสดงออกโดยนั่งเงียบ พูดไม่ออก รู้สึกมีนาซึมเฉย ไม่มีความรู้สึก ไม่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ บางรายตกใจมากอาจเอะอะโวยวายและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงสลับกับอาการวิตกกังวล มีการแสดงออกโดยไม่เชื่อผลการตรวจจึงขอตรวจซ้ำให้แน่ใจว่าตนเองไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยง หรืออาจกล่าวโทษว่าแพทย์ตรวจผิดหรือไปตรวจกับแพทย์คนอื่นเพื่อให้ยืนยันว่าตนเองไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยโรคร้ายแรง

1.2 กังวล สับสนและโกรธ เมื่อไม่สามารถปฏิเสธความจริงได้อีกต่อไป ผู้ป่วยจะเริ่มมีความกังวลมากและคิดสับสน รู้สึกอึดอัดและหาทางออกไม่ได้ รู้สึกโกรธที่ต้องเผชิญกับปัญหาร้ายแรงอาจกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของแพทย์หรือผู้ให้บริการปรึกษา บางรายอาจจะแสดงวาทะหรือกิริยาที่ไม่เหมาะสม เช่นพูดจาไม่สุภาพ แสดงท่าทีก้าวร้าว มีการต่อต้านการตรวจหรือการให้การรักษาแนะนำ ความเครียด ความกังวลอาจมีอาการทางกายต่าง ๆ เช่นใจสั่น เหนื่อยง่าย นอนไม่หลับ บางรายอาจวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายว่าเกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยคิดว่าเป็นอาการของโรคเอดส์

1.3 ต่อรอง เมื่อผู้ป่วยเริ่มสงบลงจะต่อรองว่าตนเองจะไม่เป็นโรคร้ายหรือคิดว่าน่าจะมียาหรือวิธีการรักษาอื่นที่สามารถช่วยให้หายได้ บางรายอาจจะกลับไปสู่ระยะปฏิเสธความจริงได้อีก บางรายก็มีความหวังว่าจะมีการตรวจละเอียดที่พบว่าตนเองจะไม่ใช่โรคเอดส์หรือเป็นโรคร้ายแรง ทั้งนี้ก็เพื่อเพิ่มความหวังให้กับตนเอง และยึดเวลาก่อนที่จะยอมรับความจริงไปอีกสักระยะหนึ่ง

1.4 ซึมเศร้าและหมดหวัง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกหมดหวังและเศร้าโศกเสียใจ เมื่อเริ่มยอมรับความจริงของการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้หลังจากการปฏิเสธและการต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จทำให้ผู้ป่วยต้องยอมจำนนแต่ในจิตใจของผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับได้ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า มีความรู้สึกผิด แยกตัวเอง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง เหม่อลอย กินไม่ได้นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีจากความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค หรืออาการทางจิตเหล่านี้เกิดจากการที่มีการสูญเสียบางอย่างไปเนื่องจากความเจ็บป่วย เช่นตกงาน ปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องแยกจาก

เพื่อนและครอบครัวหรือกังวลล่วงหน้าว่าจะต้องเสียชีวิตในเวลาอันใกล้นี้ ะยะนี้บางรายอาจเกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิต มีประสาทหลอน หูแว่ว หรือหวาดระแวงได้

1.5 ยอมรับความจริง เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับความจริงที่ตนหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความตายเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องประสบไม่มีใครหลีกเลี่ยง อากาศเศร้าลดลงมีการซักถามถึงรายละเอียดการดำเนินของโรคและวิธีการรักษา มีการเตรียมตัวเพื่อรับกับความตายซึ่งผู้ป่วยอาจจะทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ตนต้องการต่อจากนั้นผู้ป่วยก็เริ่มปรับตัวต่อการรักษาและการดำเนินชีวิตต่อไป รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาตลอดจนร่วมรับผิดชอบตัวเองมากขึ้น พยายามหาวิธีและแนวทางในการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งเตรียมตัวเผชิญกับความทุกข์และความตายในที่สุด แต่ระยะของปฏิกิริยาทางจิตใจอาจจะไม่เกิดตามลำดับของขั้นตอนก็ได้ โดยที่บางรายก็ย้อนกลับไประยะแรกใหม่บางรายก็ไม่สามารถยอมรับความจริงได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการปรับตัวของคน ๆ นั้นรวมทั้งความช่วยเหลือระดับประคองของสังคมรอบข้างด้วย

2. ลักษณะทางภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงโรคหนึ่งที่มีมนุษย์ต้องเผชิญอยู่ในปัจจุบันและส่งผลกระทบต่อในด้านต่าง ๆ ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวคนใกล้ชิดและสังคม การติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจคือ การติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด การขาดความระมัดระวังในการป้องกันตนเองทำให้ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกผิดหรือโทษตนเองได้ และการมีพฤติกรรมที่สังคมมองในเชิงลบทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดมากขึ้นและคิดว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ได้ง่าย ในกรณีที่การติดเชื้อไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกโกรธหรือมีความรู้สึกไม่ยุติธรรมในชีวิตได้ ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีที่พบบ่อยหลังทราบผลการตรวจเลือดเป็นบวกจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคมะเร็งและปฏิกิริยาต่อโรคร้ายแรงอื่น ๆ แต่มีลักษณะที่ซับซ้อนกว่าเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบหลายด้านดังที่กล่าวมา นอกจากนี้จะต้องเผชิญกับความจริงว่าตนมีการติดเชื้อเอชไอวีแล้วยังจะทำให้เกิดโรคร้ายแรงที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและไม่มีการรักษาที่ได้ผลนอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญปัญหาในด้านอื่น ๆ อีกด้วย (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537, หน้า 5-7) จะเห็นได้ว่าปฏิกิริยาทางด้านจิตใจจะดำเนินเป็นระยะต่าง ๆ โดยแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537, หน้า 5-21; ขวัญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535, หน้า 101-102; วิลาวัณย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ถิมตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาด พจนามาตร์ และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2542, หน้า 9-11) คือ

2.1. ระยะแรกเริ่ม เป็นระยะปรับตัวต่อวิกฤติการณ์จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤติการณ์ในชีวิตที่พบบ่อยที่สุดในระยะแรกคือ ตกตะลึงหรือช็อกเป็นปฏิกิริยาเริ่มแรกที่พบใน

ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกือบทุกรายอาจแสดงอาการ โดยการนั่งเจ็บ พูดไม่ออก มีนินชา ไม่มีความรู้สึกและไม่สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ลักษณะอีกอย่างหนึ่งที่อาจจะพบได้คือ รู้สึกสับสนมึนงงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงสลับกับอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรงที่แสดงออกเป็นพัก ๆ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะแสดงออกต่าง ๆ กันเช่น ไม่เชื่อผลการตรวจเลือดขอตรวจซ้ำ ยืนยันว่าตนไม่มีปัจจัยเสี่ยงบางคนอาจแสดงความโกรธและไม่พอใจพร้อม ๆ กับการปฏิเสธความจริง ในระยะนี้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะตกใจและสับสนกับการทราบผลการตรวจบางรายอาจแสดงออกเหมือนไม่มีความรู้สึกอะไร ส่วนมากเป็นกลไกการป้องกันตนเองที่มักเกิดขึ้นในคนทั่วไปและมักจะหายไปเมื่อเวลาผ่านไปแต่ถ้าคงอยู่เป็นเวลานานอาจทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ไม่ยอมรับคำอธิบายจากแพทย์ตลอดจนไม่ป้องกันตนเองในการแพร่เชื้อแก่ผู้อื่นได้

2.2 ระยะกลาง เป็นระยะที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีหลายความรู้สึกปนกันอาจมีความรู้สึกเด่นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีหลายความรู้สึกสลับกันไปได้แก่มีความรู้สึกโกรธ โกรธตนเองที่มีพฤติกรรมไม่ดี โกรธสมาชิกในครอบครัวหรือสังคมที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โกรธแพทย์ที่ตรวจเลือดโดยไม่บอกให้ทราบก่อนหรือไม่รักษาความลับของตน ความรู้สึกโกรธที่เกิดขึ้นจากการคิดเชื่อเอชไอวีอาจแสดงออกมาหลายรูปแบบ เช่น หันความโกรธเข้าหาตนเองโทษตนเองหรืออาจแสดงความโกรธต่อสิ่งอื่น ๆ โทษสิ่งแวดล้อม อาจมีความรู้สึกอยากแก้แค้นสังคม มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ มากขึ้น บางรายเป็นมากอาจมีพฤติกรรมที่ต่อต้านสังคม อาจจะถูกจาไม่สุภาพแสดงท่าทีก้าวร้าว รู้สึกผิด แยกตัว รู้สึกตนเองไร้ค่า สิ้นหวังและลงโทษตนเอง ผู้คิดเชื่อเอชไอวีอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในระยะแรกหลังจากทราบผลเลือดและระยะสุดท้ายหรือระยะเป็นเอดส์เต็มขั้นอาจจะซึมเศร้า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีบางรายอาจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการทราบข่าวว่าตนคิดเชื่อเอชไอวีในลักษณะที่รุนแรงจนมีอาการถึงขั้นเป็นโรคจิตได้ซึ่งมักจะเป็นในระยะสั้น ๆ และไม่ควรมีอาการอยู่นานเกินหนึ่งเดือน ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้คิดเชื่อต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้เขาค่อย ๆ ปรับตัวยอมรับความจริงและดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติ

2.3 ระยะปรับตัวและยอมรับความจริง ถ้าผู้คิดเชื่อสามารถปรับตัวได้ก็จะค่อย ๆ ยอมรับความจริงและหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปโดยจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตในแง่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในปัจจุบันของตน และอาจมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่ทำให้ตนมีความหวังในการหายจากโรคได้ ซึ่งการจะปรับตัวได้มากน้อยเพียงใดนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายประการดังนี้

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

จากผลกระทบในด้านจิตวิทยาสังคมต่าง ๆ เหล่านี้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทุกรายจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมได้ต่าง ๆ กันซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปตามขั้นตอนของ

ปฏิกริยาทางจิตใจและพฤติกรรมตามที่รอสได้กล่าวไว้ แต่ในหลายกรณีอาจมีปฏิกริยาที่รุนแรงมาก เพราะการคิดเชื่อเอชไอวีหรือการป่วยด้วยโรคเอดส์ถือได้ว่าเป็นวิกฤติของชีวิตที่รุนแรงทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหรือ ลักษณะของปฏิกริยาทางจิตใจที่มีผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรมนั้นมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยเกี่ยวกับโรคได้แก่ ระยะของโรค อาการของโรค การสูญเสียภาพลักษณ์ และสมรรถภาพ ความช่วยเหลือและทำที่ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ เกี่ยวกับร่างกาย การรับรู้เกี่ยวกับความเป็นบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้ เหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ผู้ที่มีการรับรู้ได้ดีก็จะปรับตัว ได้ดีกว่า (อังคณา สรียาภรณ์, ประภาพร จินันทุยา, จอนพะจง เฟ็งจาดและเกศรินทร์ ศรีสง่า, 2541, หน้า 9)

3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยได้แก่ (ตันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 9; อังคณา สรียาภรณ์, ประภาพร จินันทุยา, จอนพะจง เฟ็งจาดและเกศรินทร์ ศรีสง่า, 2541, หน้า 9)

3.2.1 บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา ลักษณะการปรับตัวต่อวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในอดีต เป็นสิ่งที่บอกได้มากถึงแนวโน้ม ในการปรับตัวของผู้ป่วยต่อปัญหาในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยที่มีลักษณะท้อแท้ก็จะมีปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อเอดส์ในลักษณะเดียวกันคือ รู้สึกท้อแท้ ผิดหวัง ไม่มีทางออก ส่วนผู้ป่วยที่มี บุคลิกภาพและการปรับตัวที่ดีมาก่อนก็อาจยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม

3.2.2 สภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือกำลังมีปัญหาในชีวิต ขณะนั้นมากอยู่แล้ว อาจปรับตัวต่อปัญหาได้ไม่ดีเท่ากับบุคคลปกติ

3.2.3 วัยของผู้ป่วยและความรับผิดชอบต่อนตนเองและครอบครัว เมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็น โรคเอดส์ขณะยังเริ่มสร้างฐานะครอบครัวและต้องรับผิดชอบครอบครัว จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวและทำใจได้ยาก

3.2.4 การเตรียมใจในการรับรู้ความจริงผู้ที่ไม่คาดคิดมาก่อนว่าตัวเองจะติดเชื้อเอชไอวีอาจมีปฏิกริยารุนแรงมากกว่าผู้ที่มีการเตรียมใจมาก่อน ผู้ที่มีการเตรียมใจมาก่อนจะมีการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองได้ดีกว่าก็จะมี การปรับตัวได้ดีกว่า

3.2.5 ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจเลือดให้ผลเป็นบวกและป่วยเป็นโรคเอดส์ถ้ามีความเข้าใจผิด เช่นคิดว่ามีผลเลือดบวกแล้วจะต้องตายในระยะเวลาดังนั้นก็อาจจะ

ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้มากซึ่งมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองทำให้มีการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ

3.3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น (วิลาวัดย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ดิมตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาค พงนามาตร์และคาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2542, หน้า 11; อังคณา สรียาภรณ์, ประภาพร จินันทุยา, จอนพะจง เพ็งจาดและเกศรินทร์ ศรีสง่า, 2541, หน้า 8-9)

3.3.1 ความเข้าใจและการยอมรับรวมทั้งความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและดูแลจากคนใกล้ชิด

3.3.2 การช่วยเหลือจากสังคมและบริการทางการแพทย์ที่มีให้ผู้ป่วยว่ามีการช่วยเหลือเพียงพอหรือไม่ ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือมีความสัมพันธ์อันดีให้การช่วยเหลืออย่างจริงใจก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดความมั่นใจ ลดความกลัวเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของชีวิตก็จะทำให้ปรับตัวได้ดี

3.3.3 ทักษะคติในชุมชนหรือในสังคมนั้น ๆ การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีมากน้อยเพียงใด ถ้าสังคมนั้นไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวได้ดี

3.3.4 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสถานภาพทางการเงิน เช่นต้องถูกออกจากงาน ไม่มีเงินพอสำหรับการรักษาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน จะก่อให้เกิดความคับข้องใจมากขึ้นมีผลต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วยแก้ไขได้ยากแต่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมสามารถแก้ไขได้ ปัจจัยการได้รับการปรึกษาและการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการปรึกษาและการรวมกลุ่มที่ดีโดยได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการปรับตัวได้ดีทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อย

4. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับภาวะซึมเศร้า

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้นเป็นวิกฤติการณ์ที่รุนแรงของชีวิตมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของบุคคลและครอบครัว ภาวะที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ พฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพหรือเหมาะสมจะส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ส่วนพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่าและอยู่ในภาวะไร้อำนาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในผู้ป่วยโรคทางกายและผู้ป่วยจิตเวช ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านความเป็นอยู่ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีภาวะเครียดและซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543, หน้า 1) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของคนเราตั้งแต่ระดับปกติ คือ มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อยและจะรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขจนรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย อาการอาจจะรุนแรงจนถึงขั้นเป็นโรคจิตในที่สุด (ดวงใจ กสานติกุล, 2542, หน้า 6-8; วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533, หน้า 1-3; สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544, หน้า 139)

1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่เหม่อลอย หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกที่ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง (มานิช หล่อตระกูล, 2543, หน้า 1; กรมสุขภาพจิต, 2543, หน้า 1)

ดวงใจ กสานติกุล (2542, หน้า 7-8) กล่าวว่า เป็นภาวะอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยากอยู่ในช่วงเวลานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพ การงานหรือการเรียน โดยมีอาการร่วมในด้านพฤติกรรม คำพูด อาการทางกายและความคิดกังวล

ดิงมีเยอร์และสเพอริ (Dinkmeyer & Sperry, 2000, p. 50) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติโดยมีอาการเศร้า อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อารมณ์แปรปรวน หมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม เชื่องช้าลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด อาการจะมีอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์ขึ้นไป บางคนจะมีอาการหลงผิด และมีความคิดฆ่าตัวตาย

จำลอง ดิษยวณิช และมานิต ศรีสุรภานนท์ (2542, หน้า 176) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในปुरुชนทุกคนเมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญ (significant loss) การสูญเสียมักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สามอย่าง อาจเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ของรัก เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงถึงแก่ชีวิต ตัวเองต้องถูกตัดแขน ตัดขา หรืออวัยวะบางส่วนถูกตัดออกไป การสูญเสียเงินทอง ทรัพย์สินสมบัติ เช่นถูกโกง การสูญเสียสภาพทางสังคม

เช่น สอบตก ถูกไล่่ออกจากงาน ถูกฟ้องล้มละลายหรือมีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้องเสียชื่อเสียงและเกียรติยศ เป็นต้น

ฉรรงค์ สุภัทรพันธุ์ (2543, หน้า 2) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่พบได้ในคนเมื่อมีการสูญเสียอย่างสำคัญ เช่น ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการตายหรือการจากไปของคน ที่รักโดยมีความผิดปกติของอารมณ์เกิดขึ้นและคงอยู่นานเป็นเดือน ๆ หรือเป็นปี โดยที่อารมณ์เศร้านี้จะมีผลทำให้เกิดอาการผิดปกติของทั้งความรู้สึกความคิด พฤติกรรมและสุขภาพร่างกายไปพร้อม ๆ กัน

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่าเป็นภาวะที่มีความทุกข์จิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกที่ไร้ค่า ต่ำห็นตนเอง หมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม อาการอาจจะรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคจิตมีความคิดฆ่าตัวตายพบได้ในคนที่มีการสูญเสียอย่างสำคัญ อาการอยู่ในช่วงนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2. พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เบ็ค (Beck, 1979, pp. 20-24) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของความรู้สึกกระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรมการแสดงออกที่เบี่ยงเบนไป 5 ประการดังนี้

2.1 เป็นภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เศร้า โศก เสียใจ อ้างว้าง โดดเดี่ยว ไร้อารมณ์

2.2 มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ ประกอบด้วยความคิดถึงแต่ตนเองและตำหนิตนเอง

2.3 มีความปรารถนาที่ถดถอยและลงโทษตนเอง เช่น ปรารถนาที่จะหนี หลบซ่อน หรือปรารถนาที่จะตาย

2.4 มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ

2.5 มีการเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรม เช่น เชื่องช้าลง หรือกระวนกระวายหรือกระสับกระส่าย

3. สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยผสมผสานรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยปัจจัยในแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในคนแต่ละคนซึ่งสาเหตุของโรคซึมเศร้าแบ่งได้ดังนี้

3.1 ความรู้สึกสูญเสีย เช่น ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) อธิบายว่าการสูญเสีย (loss) เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าการสูญเสียนี้อาจจะเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง

หรือการสูญเสียในมโนภาพก็ได้หรือมีการสูญเสียตั้งแต่วัยเด็ก หรือการสูญเสียในอดีตที่ผ่านมา การสูญเสียมักจะเป็นการสูญเสียอันเป็นที่รักและที่พึง โดยการพลัดพรากจากกัน การสูญเสียหน้าที่ การงาน การสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกายที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองเสีย (self image) นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น เกิดการล้มเหลวในหน้าที่การงานทันที หรือการหย่าร้างกัน (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544, หน้า 139) เกิดความเศร้าใจอย่างรุนแรงและเป็นระยะเวลาานาน มีความรักและความเกลียดซึ่งขัดแย้งกัน ความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นต่อคน ๆ เดียวกันและในเวลาเดียวกันจนก่อให้เกิดความสำนึกผิดในตัวผู้ป่วยมีผลทำให้เกิดความรู้สึกคิดย้อนเข้าหาตนเอง รู้สึกตนเองไร้ค่าและมีความคิดฆ่าตัวตาย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จ้างลอง ดิษยวณิช, 2542, หน้า, 185)

3.2 ความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง ในปัจจุบันพบว่าความผิดปกติของการเผาผลาญของสารโมโนเอมีน (monoamine metabolism) ในระบบประสาทส่วนกลาง เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอารมณ์แปรปรวนโดยในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะมีการขาดของสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และสารซีโรโตนิน (serotonin) หรือสารทั้งสองตัวนี้ต่ำลงมีผลทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2537, หน้า 93) สาเหตุการขาดสารนอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) และสารซีโรโตนิน (serotonin) นั้นอาจเนื่องมาจากพันธุกรรมหรือองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเองคือ นอร์อิพิเนฟรินเกิดการแพร่กระจายไปที่อื่น ๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับไปหรือถูกเผาผลาญเสียก่อน นอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์ของอารมณ์ซึมเศร้าจะสูงขึ้นในภาวะที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ภาวะพร่องของต่อมไทรอยด์ (hypo thyroidism) คุชชิงซินโดรม (cushing syndrome) ในระยะหลังพบความผิดปกติของการหลั่งคอร์ติซอล (cortisol) ในผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศรารวมทั้งโกรทฮอร์โมน (growth hormone) และไทรอยด์สติมูเลตติ้งฮอร์โมน (thyroid stimulating hormone) ก็มีความผิดปกติเช่นกัน (ณรงค์ สุภัทรพันธ์, 2543, หน้า 47-50)

3.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม จากการศึกษาคู่แฝดไข่ใบเดียวกันพบว่าแฝดคนหนึ่งที่มีความผิดปกติของอารมณ์และคู่แฝดอีกคนมีโอกาที่จะเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ด้วยร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 แม้ว่าจะยังไม่สามารถหารูปแบบการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (วิจารณ์ วิชัชยะ, 2533, หน้า 25-26) โรคซึมเศร้ามักจะพบในเครือญาติเดียวกัน ซึ่งอัตราเสี่ยงเป็น 2-3 เท่าของคนทั่วไป เด็กที่พ่อหรือแม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพียงคนเดียวทำให้เด็กมีโอกาสป่วยร้อยละ 27 ถ้าพ่อและแม่ป่วยทั้งคู่ก็ ๑ มีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 50-75 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2536, หน้า 97-98)

3.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ทฤษฎีการเรียนรู้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้า เกิดจาก ภาวะที่บุคคลพยายามคงไว้ซึ่งความอ่อนแอในการแก้ไขปัญหา (learned helplessness) เช่น มีความคิดว่าตนเองไม่สามารถแก้ปัญหาได้ (Edgerton, 1994, P. 117) หรือการเสริมแรง มีไม่เพียงพอ จากประสบการณ์ที่ผ่าน ๆ มาบุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้ หรือช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยให้อาการเกิดตามเลยไม่ยอมแก้ไขประกอบกับการขาดการเสริมแรงหรือการเสริมแรงมีไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544, หน้า 140)

3.5 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีสถานการณ์ที่สะเทือนใจหลายเรื่องในระยะ 6 เดือนก่อนเกิดอาการมากกว่า กลุ่มที่ไม่มีเรื่องสะเทือนใจถึง 3 เท่า และปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่นการไม่มีเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิด การขาดบุคคลที่ไว้วางใจ ภาวะไม่มีงานทำ การสูญเสียมารดา ก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นต้น และถ้าบุคคลมีอารมณ์เศร้า นานกว่า 6 เดือนก็ถือว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533, หน้า 27) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเหตุการณ์ในชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสาเหตุเอื้อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3.6 การมีความคิดในแง่ลบ ผู้ป่วยจะมองเหตุการณ์ชีวิตในแง่ร้ายไปหมดทำให้จิตใจอยู่ในสภาพท้อแท้ หดหู่ โดยมีหลักว่าคนเราคิดอย่างไรก็รู้สึกอย่างนั้นคือ มองตนเอง มองสังคม และมองอนาคตในแง่ลบ คือมองตนเองว่าไร้ค่า ไร้สมรรถภาพ ไร้ความภูมิใจ มองโลกหรือสังคมในแง่ร้ายเห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อม รู้สึกถูกกดขี่ บีบบังคับและถูกคาดหวังเรียกร้องจากสังคมซึ่งมารบกวนความรู้สึก ท้อแท้ หดหู่ กังวล มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ล้มเหลว และไม่สามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาได้ซึ่งนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา หรือหนีความทุกข์ทรมาน (กรมสุขภาพจิต, 2543, หน้า 3)

4. อาการและอาการแสดง อาการที่สำคัญ ๆ ของโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้ (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2543, หน้า 4-8; Green and McCreaner, 1998, pp. 183-189)

4.1 อารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญของโรค ความรู้สึกที่แสดงถึงอารมณ์เศร้า มีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส ไม่เบิกบานหรือใจคอเศร้าหมองบางครั้งร้องไห้ รู้สึกล้มเหลว หดหู่สิ้นหวังหมดกำลังใจเกี่ยวกับอนาคต เป็นต้น อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นต้องมีตลอดเวลา เวลาที่ไม่เศร้าผู้ป่วยอาจรู้สึกสนุกสนานหรือมีอารมณ์ขันได้แต่เมื่อเป็นมากอารมณ์เศร้าจะมีเกือบตลอดเวลา แต่จะไม่คงที่อยู่ตลอดเวลา ไม่สนุกสนานอย่างที่เคยมา บางเวลาเศร้าน้อย

บางเวลาเศร้ามากส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้าที่สุดตอนเช้าและจะดีขึ้นในตอนเย็นหรือถ้า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ตามเวลาเช่นนี้ เป็นลักษณะที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า

4.2 อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย อาการนี้เป็นอาการสำคัญพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมอารมณ์ไม่ได้และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว

4.3 ความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ ในสิ่งต่าง ๆ สนใจคนอื่นน้อยลง กิจกรรมประจำวันที่เคยทำก็ไม่อยากทำ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยชอบ ก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจ ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ความรู้สึกทางเพศจะลดลง หรือไม่มีเลย

4.4 อาการเบื่ออาหาร ผู้ป่วยมักเบื่ออาหารตั้งแต่เริ่มไม่สบายการรู่รจะเปลี่ยนไปด้วย ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอยากอาหารแม้ตนจะเคยชอบแต่มีบางรายรู้สึกอยากอาหารมากกว่าธรรมดา ส่วนมากน้ำหนักจะลดลง 2-5 กิโลกรัม เมื่อมาพบแพทย์ครั้งแรก

4.5 อาการนอนไม่หลับ มักจะปรากฏเป็นอาการแรกผู้ป่วยอาจนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ก่อนมีอาการอื่น ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยอาจจะหลับยาก หลับไม่สนิท หรือฝันร้าย หรือตื่นบ่อย แต่เมื่อเป็นมากขึ้นมักเปลี่ยนเป็นนอนไม่หลับตอนปลาย (terminal insomnia) ที่เป็น อาการสำคัญของโรคนี้ลักษณะดังกล่าวคือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะหลับได้ตามปกติ แต่ตื่นตอนดึก แล้วนอนไม่หลับหรือหลับได้ยากและมักจะหลับไม่สนิทผู้ป่วยจะเป็นเช่นนี้อยู่บ่อย ๆ หรือทุกคืน จนรู้สึกเหมือนมีนาฬิกาปลุกให้ตื่น ณ เวลานั้นและจะหงุดหงิดกระวนกระวายมากขึ้นผู้ป่วยบางราย อาจนอนไม่หลับจึงตื่นเช้ากว่าปกติซึ่งเป็นอาการสำคัญเช่นกันผู้ป่วยจะตื่นนอนเร็วกว่าเดิมหลับได้ดี แต่ตื่นเช้ากว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง

4.6 อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย และเป็นอยู่ เกือบตลอดเวลาการพักผ่อนหรือนอนหลับไม่ช่วยให้ดีขึ้นอาการอาจเกิดเฉพาะส่วนของร่างกายก็ได้

4.7 ความคิดเชิงซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบายผู้ป่วยจะมีความคิดและการเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำระยะแรกจะสังเกตว่าผู้ป่วยจะเงียบและซึมลง ความสนใจต่าง ๆ ลดลง ขณะเดียวกันจะเพิ่มความสนใจตนเองโดยเฉพาะจะกังวลเกือบตลอดเวลาต่ออาการต่าง ๆ ผู้ป่วย จะไม่กระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนเช่นเคย ผู้ป่วยเองก็รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้และเกิดความกังวลมากเพราะไม่ทราบสาเหตุและพยายามฝืนตนเอง

4.8 สมาธิเสีย ความจำไม่ดีและลืมง่ายเป็นอาการสำคัญโดยปรากฏตั้งแต่เริ่มไม่สบาย ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 จะมีอาการนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าพูดอะไรไปแล้วนึกไม่ออก อ่านหนังสือแล้ว จำไม่ได้ หรือทำสมาธิอย่างปกติไม่ได้ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเพราะทำงานไม่ได้ดีหรือ ทำไม่ได้เลยและเกิดข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ และยังกังวลว่าจะต้อง

ออกจากงานจะสอบตกหรือสมองจะเสี่ยตลอดไป บางรายหลงผิดคิดว่าเป็นโรคเนื้องอกในสมอง การตัดตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ทำได้ยากขึ้น

4.9 ความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนมากจะรู้สึกตนเองไม่มีค่าหรือหมดความสำคัญต่อใครทั้งสิ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ตนเองไม่ดีในด้านต่าง ๆ เช่นความสามารถและสติปัญญาหรือเกียรติยศชื่อเสียง

4.10 ความรู้สึกมีความผิด คือผิดหวังในตนเอง ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากมักจะรู้สึกมีความผิดและตำหนิตนเองทั้งที่ไม่มีผิดแต่อย่างใด หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญไม่น่าจะตำหนิมากเช่นนั้น ยิ่งเศร้ามากความรู้สึกมีความผิดยิ่งมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนได้ทำความผิด ตนเองเป็นคนไม่ดีมีบาป กำลังถูกลงโทษ สมควรถูกลงโทษไม่สมควรมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ป่วยอยากตายและคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นอันตรายที่สุดของโรคนี้

4.11 ความคิดอยากตาย ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเศร้ามาก ๆ จะคิดอยากตาย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย พบว่าอารมณ์เศร้ามาก ๆ และความคิดฆ่าตัวตายมีส่วนสัมพันธ์กันผู้ป่วยเศร้ามาก ๆ อาการไม่สบายจะมีมากและรู้สึกทรมาน เมื่อเป็นมาก ๆ ถึงจุดที่ไม่อาจทนต่อไปได้ก็จะคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย

4.12 ความกลัวและวิตกกังวล เป็นอาการที่สำคัญและพบบ่อย ผู้ป่วยจะกลัวและกังวลอย่างไม่มีเหตุผล

4.13 อาการทางกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ และเกิดได้กับอวัยวะทุกระบบที่พบบ่อยเช่น ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยทุกรายจะกังวลอยู่กับอาการเหล่านี้มากและคิดว่าเป็นโรคทางกายแต่เมื่อพบแพทย์จะไม่แสดงอาการเศร้าเลย

5. ภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และด้านสังคมซึ่งสามารถแยกเป็นข้อ ๆ ได้ดังนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544, หน้า 143-144)

5.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อาจมีการเปลี่ยนแปลงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างดังต่อไปนี้

5.1.1 มีอาการเหน็ดเหนื่อยง่ายในการทำสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลียโดยไม่มีสาเหตุทำให้มีความรู้สึกง่วงหงาวหาวนอนจึงทำให้อ่อนมากกว่าปกติถึงแม้จะนอนได้มาก แต่เมื่อตื่นก็ดูไม่สดชื่นไม่แจ่มใส การทำงานไม่ดีเท่าเดิม บางคนจะมีนิสัยการนอนเปลี่ยนไป

5.1.2 มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบขับถ่าย ผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการท้องผูกทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการรับประทานอาหารได้น้อยและมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยกว่าปกติ

5.1.3 มีอาการเบื่ออาหาร ทำให้ผอมซูบ น้ำหนักตัวลดลง

5.1.4 มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบประจำเดือน คือ ประจำเดือนมาน้อยกว่าปกติหรือหยุดไปเลย

5.1.5 กล้ามเนื้อของร่างกายจะอ่อนเปลี้ยทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายลดน้อยลงทำให้เชื่องช้า พุดช้า เดินเหินช้า

5.1.6 ความต้องการทางเพศจะลดลง

5.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ช้า คิดช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายรู้สึกภาพลักษณ์ไม่ดี

5.3 การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ อารมณ์เศร้าของแต่ละคนจะแตกต่างกันบางคนมีเพียงแค่เบื่อหน่ายเล็กน้อย บางคนก็เบื่อหน่ายมาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ระดับความเศร้าและสาเหตุกระตุ้นให้เกิดภาวะเศร้า

5.4 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าจะมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมน้อยลง ไม่ชอบการสังคมนกลายเป็นคนแยกตัวหนีสังคม

6. ระดับความซึมเศร้า ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ (Stuart & Sundeen, 1998, p. 350; สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2544, หน้า 146)

6.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์ที่เศร้า เหงาหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย คนเราอาจมีภาวะเศร้าถ้ารู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ขาดคนสนใจขาดคนเข้าใจ ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองถูกบั่นทอน บางคนอาจเกิดอารมณ์เศร้าในระยะสอบไล่และปิดเทอมใหม่ ๆ ในระยะนี้ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการความช่วยเหลือแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเช้ากว่าปกติ

6.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) อารมณ์เศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นที่กระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวการทำงานแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและมักเป็นในช่วงเช้าและจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีพลังกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิดร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ และร่างกายตนเองมากขึ้น ต้องการหลีกเลี่ยงจากสังคม น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

6.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด คือจะให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง จะมีความวิตกกังวลสูง

จะมีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองไม่ดี ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจจะตัดสินใจได้แต่เรื่องง่ายๆ และมักจะนั่งเฉย ๆ อยู่กับที่ตลอดเวลาอยู่ในท่าเดิวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นั่งหุบคอกหุบคองไม่สนใจตนเองหรือดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ หมคความสนใจเรื่องเพศ มักจะถอนตัวจากโลกของความจริง อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน อาจมีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (1988) ซึ่งแปลและพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538) แบ่งเป็น 4 ระดับได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง ซึมเศร้ามากและซึมเศร้ารุนแรง

8. การประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีผู้สร้างขึ้นหลายท่าน แต่ที่นิยมใช้เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory: BDI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เอส ดี เอส ของ ซุง (Zung: Self Rating Depression Scale: SDS) แต่ที่นิยมใช้กันมากคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค เนื่องจากเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ง่ายและวัดซ้ำได้มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและงานวิจัยมากใช้ได้ทั้งในคลินิกกับผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ (Williams, 1984, p. 63; Nezu, Nezu & Perri, 1989 อ้างใน นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543, หน้า 22) นอกจากนี้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็คเป็นแบบวัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร่ายังไม่เป็นโรคจิตซึ่งเหมาะสำหรับวัดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และในการศึกษาคั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ซึ่งนำมาพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วรรณภา อินตะประเสริฐ, อัมพร หัสศิริ, สนิทนาถ จิตต์ภักดี และณัฐพร เครือฝัน (2538, หน้า 89) เนื่องจากเป็นฉบับภาษาไทยและเคยใช้ในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาแล้ว

9. เมื่อประเมินได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าต้องให้การรักษาเพื่อป้องกันผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีอาการดังนี้ รู้สึกห่อหุ้มเศร้าหมอง เบื่อหน่าย รู้สึกตนเองไร้ค่า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย วิธีการรักษามี 2 แบบได้แก่ (มานิช ห่อตระกูล และปราโมทย์ สุนนิชย์, 2544, หน้า 149-151; สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2543, หน้า 96-102; สมพร บุษราทิจ และศิริรัตน์ คุปต์วิฑู, 2540, หน้า 103-108; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช, 2542, หน้า 171-174; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, วรรษ ตันชัยสวัสดิ์และสรยุทธ วาสิทนานนท์, 2539, หน้า 13-14)

9.1 การรักษาด้วยยา สามารถรักษาให้หายได้ยาที่ใช้รักษาคือยาต้านเศร้า หรือยากลายเครือียด

9.2 การรักษาด้วยจิตบำบัด การทำจิตบำบัดเป็นกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชเริ่มต้นด้วยการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชอย่างละเอียดเพื่อการวินิจฉัยโรค คุณลักษณะ

ผู้ป่วย การปรับตัว วิธีการเผชิญปัญหาในอดีตดูทั้งข้อบกพร่องและส่วนที่ดีของผู้ป่วยแล้วทำการนัดผู้ป่วยมาบำบัดเป็นระยะ ๆ เช่น สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 เดือนหรือจนกระทั่งถึง 1 ปี หรือเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งจนกว่าจะมีผลเกิดขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536, หน้า 196-197) จะเห็นได้ว่าการให้การปรึกษาและการรวมกลุ่มเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจิตบำบัด ซึ่งการทำจิตบำบัดจะทำในแนวลึกกว่าการให้การปรึกษาและการรวมกลุ่มแต่มีหลักการคล้ายกันคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนเอง

10. การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจผู้มีปัญหาซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศูนย์สุขภาพจิตเขต 6, 2543, หน้า 11-14) เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

10.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และยอมรับการรักษาโดยผู้ดูแลมีท่าทีสนใจยินดีและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ แสดงสีหน้าท่าทีที่เป็นมิตร เห็นใจและตั้งใจฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยไม่มีท่าทีไม่เห็นด้วยหรือเห็นว่าเป็นเรื่องไร้สาระ

10.2 ประเมินความคิดอยากตาย โดยการถามเป็นขั้นตอนดังนี้

10.2.1 ประเมินอาการซึมเศร้า โดยถามอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า

10.2.2 ถามถึงความคิดอยากตาย เช่น “คนเราเวลารู้สึกเศร้าแล้วมักคิดสั้นอยากตาย คุณรู้สึกอย่างนั้นบ้างไหม”

10.2.3 ประเมินความรุนแรง ด้วยการถามว่า ” คิดอยากตายบ่อยไหม เคยพยายามทำไหม”

10.2.4 หาสิ่งยึดเหนี่ยวหรือความผูกพันที่ผู้ป่วยมี

10.2.5 สนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤติต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แต่หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็งและมีความสามารถในการแก้ปัญหาผู้ป่วยก็จะผ่านวิกฤตินั้นไปได้

10.2.6 เมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายควรบอกญาติพี่น้องรับทราบ และเตือนให้ดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้คลาดสายตา นำวัตถุสิ่งของที่อาจใช้ในการนี้เก็บให้หมด และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อพิจารณาให้การรักษาอย่างรีบด่วน

10.3 การรวมกลุ่มและการให้การปรึกษาเป็นการช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจของผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า การประเมินตามขั้นตอนต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาต้องใช้กระบวนการปรึกษาจึงจะสามารถประเมินและให้การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าได้และการรวมกลุ่มเป็นการช่วยเหลือ

ทางสังคมและจิตใจอย่างหนึ่งการรวมกลุ่มเป็นการให้กำลังใจซึ่งกันและกันซึ่งจะช่วยเสริมการ รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

การให้การปรึกษา

การบริการให้การปรึกษาเป็นบริการที่สำคัญบริการหนึ่งเป็นบริการที่ซับซ้อนต้องการ ความละเอียดอ่อนซึ่งต้องใช้สติปัญญาความรู้ ความสามารถตลอดจนความชำนาญเข้ามา ประกอบกัน

1. ความหมายของการให้การปรึกษา

จิ้น แบรี (2543, หน้า 177) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาไว้ว่า หมายถึง กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษาซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและ ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ปัญหาและแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง

สวัสดี บรรเทิงสุข (2542, หน้า 10) ได้ให้ความหมายของการปรึกษาพอสรุปได้ว่าเป็นความร่วมมืออันดีระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับบริการการปรึกษาในการที่จะช่วยกันค้นหา ปัญหาหรือหาทางออกที่เหมาะสม โดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีพอที่จะทำให้ผู้รับบริการเต็มใจที่จะ เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองโดยไม่ปกปิดหรือซ่อนเร้น

กรมสุขภาพจิต (2541, หน้า 1) ได้ให้ความหมายของการให้การปรึกษาไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการการปรึกษา ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือโดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการ ใช้คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษาและทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการปรึกษาได้ใช้ ศักยภาพในการทำความเข้าใจ สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

พอลเมอร์ ไคเนา และมิลเนอร์ (Palmer, Dainow and Milner, 2000, p. 6) อธิบายว่า การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับการปรึกษาและผู้ให้การปรึกษา เพื่อเอื้ออำนวยและพัฒนาผู้รับการปรึกษาโดยมีเป้าหมายหลักคือ ให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเอง ขอมรับตนเอง และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม

แมนที (Manthci, 1997, p. 4) อธิบายว่า การให้การปรึกษาคือ การที่ผู้รับการปรึกษา หาความช่วยเหลือจากผู้ให้การปรึกษาที่ตั้งใจรับฟังเขาและทำให้สิ่งที่ได้รับฟังกระจ่างชัดแจ้ง

พร้อมกับช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหาโดยใช้ทักษะส่วนบุคคลภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การให้บริการปรึกษาเป็นกระบวนการสนทนาอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้ให้ปรึกษากับผู้รับปรึกษาโดยอาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันด้วยการสื่อสารสองทาง เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้รับปรึกษาได้ใช้ศักยภาพในการทำความเข้าใจปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง

2. วัตถุประสงค์ของการให้การปรึกษา การให้บริการปรึกษามีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้คือ (กรมสุขภาพจิต, 2541, หน้า 4-5; แมนที, 1997, หน้า 6; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2537, หน้า 31)

2.1 ช่วยให้ผู้รับปรึกษามีความรู้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาของตนเอง รู้จักหน้าที่และความรับผิดชอบของตน

2.2 ช่วยให้ผู้รับปรึกษามีความรู้และมีทักษะในการแก้ปัญหา สามารถตัดสินใจด้วยตนเองอย่างฉลาดและเหมาะสม

2.3 ช่วยให้ผู้รับปรึกษาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์

2.4 ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างผู้ให้ปรึกษาและผู้รับปรึกษาในการวางแผนและการแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปสู่การดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม

3. หลักในการให้การปรึกษา การให้การปรึกษามุ่งช่วยเหลือให้ผู้รับปรึกษาสามารถแก้ปัญหาที่มีอยู่ทั้งปัญหาทั่วไปและปัญหาทางจิตใจได้อย่างฉลาด และเพื่อช่วยให้ผู้รับปรึกษาสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขตามควรแก่อัตภาพ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือโดยกระบวนการปรึกษานี้จึงมีหลักการกว้าง ๆ ที่เป็นพื้นฐานของการให้บริการปรึกษาดังนี้

3.1 ยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคลของผู้รับบริการทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตน ถึงแม้ว่าจะมีปัญหาอย่างเดียวกันแต่สาเหตุหรือรายละเอียดต่าง ๆ ของแต่ละคนแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ให้ปรึกษาพึงปฏิบัติต่อผู้รับบริการแต่ละคนตามสภาพของผู้รับบริการ

3.2 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้ระบายความรู้สึกนึกคิด โดยไม่สกัดกั้นเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการแสดงออกอย่างอิสระ และช่วยให้ผู้รับบริการได้รู้จักตนเองมากขึ้น

3.3 กระตุ้นให้ผู้รับบริการตัดสินใจด้วยตนเอง ขอมรับสิทธิและความต้องการในขอบเขตของตนโดยผู้ให้บริการปรึกษาเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพิจารณาหาแนวทางแก้ปัญหาในแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับตน

3.4 ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเคารพในตนเองและผู้รับบริการ กล่าวคือ ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องให้ความช่วยเหลือตามขีดความสามารถของตน และถ้าหากปัญหาของผู้รับบริการเกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการควรส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

3.5 ผู้ให้บริการปรึกษาจะต้องดำรงไว้ซึ่งศีลธรรม จรรยาบรรณของผู้ให้บริการปรึกษาและในขอบข่ายอันดีงามของสังคม

4. ลักษณะของการให้การปรึกษามีดังนี้

4.1 เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมที่เน้นการแก้ปัญหาในด้านพฤติกรรมความรู้สึก ความคิดความเชื่อ

4.2 เป็นกระบวนการที่มีความเคลื่อนไหวและมีการเปลี่ยนแปลงคือ มีลักษณะที่เป็นขั้นตอนย่อย ๆ แต่ละขั้นตอนมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปแล้วนำขั้นตอนต่าง ๆ เหล่านั้นมาเรียงเข้าด้วยกันเพื่อวัตถุประสงค์หลักอันเดียวกัน

4.3 เน้นสัมพันธภาพที่ดี คือ ตลอดกระบวนการให้การปรึกษาต้องมีสัมพันธภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการทำให้ผู้รับบริการเปิดเผยตนเองรับรู้เข้าใจและแก้ไขปัญหของตนเอง

4.4 มีหลักการและเทคนิคเฉพาะของการให้บริการ คือ หลักการที่เห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์เชื่อว่าทุกคนย่อมเป็นคนดีถ้ามีโอกาสให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดยอมรับในศักยภาพของมนุษย์ว่ามีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเองมีอิสระในการตัดสินใจได้เองทั้งในการตอบรับและปฏิเสธ สามารถเปลี่ยนแปลงตนเอง และรับผิดชอบการทำงานของตนเองได้

4.5 เน้นการสื่อสารด้วยเจตคติที่ดี ได้แก่ การยอมรับผู้รับบริการอย่างไม่มีเงื่อนไข โดยไม่ด่วนตัดสินผู้รับบริการจากพฤติกรรมหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้ให้บริการทราบมาก่อน มีความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจ มีความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ มีความสม่ำเสมอในการให้บริการ

4.6 เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง คือให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิดต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม

4.7 เน้นปัจจุบันคือเน้นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นในการให้บริการเป็นสำคัญ

4.8 ไม่มีคำตอบที่คงที่หรือสำเร็จรูป เนื่องจากกระบวนการให้การปรึกษาเป็น ปฏิกริยาโต้ตอบไปมาระหว่างบุคคลสองคนคือ ผู้ให้และผู้รับการปรึกษาจึงไม่อาจกำหนดคำตอบล่วงหน้าว่าการปรึกษานั้นจะต้องสิ้นสุดในลักษณะใด

4.9 ต้องมีการคัดกรองผู้รับบริการ ไม่ควรที่จะใช้บริการปรึกษากับผู้รับบริการ ทุกชนิดหรือทุกคนเพราะอาจจะทำให้สิ้นเปลืองบุคลากรและเวลาโดยไม่ได้ผลตามที่ต้องการ อย่างเต็มที่เนื่องจากการบริการการปรึกษาเป็นบริการเชิงคุณภาพมีความซับซ้อนของกระบวนการ และมีเทคนิคเฉพาะที่ต้องมีการฝึกฝน

5. ขั้นตอนของกระบวนการให้การปรึกษา บทบาทของผู้ให้การปรึกษามีความสำคัญ เพราะเป็นการเอื้ออำนวยให้ผู้ที่มีมารับบริการปรึกษาใช้ศักยภาพ และความสามารถของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการของการปรึกษา มี 5 ขั้นตอนดังนี้ (สุพร เกิดสว่าง, 2542, หน้า 57-64; ประยุกต์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2540, หน้า 31-32; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2537, หน้า 33-35)

5.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ผู้ที่มีมารับการปรึกษาจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมใน กระบวนการให้การปรึกษาซึ่งการมีส่วนร่วมนั้นหมายความว่า จะต้องเข้าใจถึงกระบวนการ มีความพร้อมในด้านจิตใจ มีความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเอง บทบาทของผู้ให้ การปรึกษาในขั้นตอนนี้จึงเป็นการเอื้ออำนวยให้บุคคลที่มาพบค่อย ๆ รู้สึกสมัครใจอย่างเต็มที่และ เกิดความตั้งใจที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการ ผู้ให้การปรึกษาควรแสดงความเป็นมิตรให้ความ อบอุ่น ใส่ใจด้วยท่าทางกิริยาและใช้คำพูดที่ให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษา พยายามส่งเสริม สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน

5.2 ขั้นตอนการสำรวจปัญหา การที่คนเราจะแก้ปัญหาของตนเองได้บุคคลนั้นต้อง เข้าใจในสิ่งที่เป็นปัญหาอย่างชัดเจน บทบาทของผู้ให้การปรึกษาคือช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิด ความเข้าใจปัญหาโดยผู้ให้การปรึกษาจะต้องปฏิบัติตนเหมือนเป็นผู้ร่วมการเดินทางของผู้รับการ ปรึกษาในช่วงระยะหนึ่งเพื่อช่วยให้เขาสามารถพิจารณาตนเอง มองประสบการณ์ที่ผ่านมานและ ความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นเหตุหรือเป็นผลในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาควรปฏิบัติดังนี้

5.2.1 รับฟังและอดทน

5.2.2 ขอมรับและไม่ตัดสิน

5.2.3 ตั้งคำถามที่เหมาะสม และเลือกใช้ในเวลาอันควร

5.2.4 เน้นที่ความรู้สึกของผู้รับการปรึกษา

5.2.5 วางตนเป็นกลาง พยายามมองสภาพความเป็นจริง

5.3 ขั้นตอนทำความเข้าใจปัญหาสาเหตุและความต้องการของผู้รับบริการในระหว่างผู้รับการศึกษา พิจารณาปัญหาและความรู้สึกของตนเองผู้รับการศึกษาจะค่อย ๆ เข้าใจว่าสาเหตุของปัญหานั้นอยู่ที่ไหนและผู้รับการศึกษาเริ่มมองเห็นว่าตนเองต้องการอะไรสามารถยอมรับในส่วนที่ตนเองจะต้องรับผิดชอบรวมทั้งมองเห็นพฤติกรรมที่เป็นต้นเหตุของปัญหาและเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตนเองตลอดจนเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของปัญหา ดังนั้นบทบาทของผู้ให้การศึกษาในขั้นตอนนี้มีดังนี้

5.3.1 สรุปสิ่งที่ผู้รับการศึกษาได้เล่าและได้เข้าใจ

5.3.2 ช่วยให้ผู้รับการศึกษาเข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นขึ้นอยู่กับตนเอง

5.3.3 ให้กำลังใจแก่ผู้รับการศึกษาที่จะยอมรับบางสิ่งบางอย่างที่อาจทำให้รู้สึกเจ็บปวดหรือเสียใจ

5.3.4 ช่วยให้ผู้รับการศึกษาได้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและเป็นไปได้

5.4 ขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหานั้นในขั้นตอนนี้ผู้รับการศึกษาจะต้องกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ต้องการ กำหนดทางเลือก และกลวิธีต่าง ๆ การเรียนรู้ที่จะเลือกและตัดสินใจ บทบาทของผู้ให้การศึกษาคือให้โอกาสผู้รับการศึกษาเพื่อพิจารณาข้อดีและข้อเสียของแต่ละวิธีการและเลือกวิธีการที่จะทำให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้ให้การศึกษาอาจให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ แต่จะต้องมั่นใจว่าการตัดสินใจและการเลือกวิธีการนั้น ๆ เป็นทางเลือกของผู้รับบริการเอง การสำรวจปัญหาและการแก้ไขปัญหาคือผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเริ่มต้นภายหลังที่ผู้ฟังผลตรวจได้หายจากอารมณ์ช็อก (emotional shock) แล้ว การเรียงลำดับปัญหาก่อนหลังขึ้นอยู่กับผู้รับการศึกษาว่าเขาคิดถึงอะไรก่อน เรื่องที่นำขึ้นมาพูดก่อนมักจะเป็นเรื่องที่ผู้รับบริการให้ความสำคัญมาก บางครั้งกระบวนการศึกษาไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอนที่เรียงลำดับไว้ (สุพร เกิดสว่าง, 2542, หน้า 138) สิ่งที่คุณคิดเชื้อเอชไอวีคิดถึงมากที่สุดคือการสูญเสีย เช่น การสูญเสียสัมพันธภาพที่เคยมีกับผู้อื่นต่าง ๆ สูญเสียสถานภาพทางสังคม ความภาคภูมิใจ เกียรติยศ ชื่อเสียง สูญเสียอนาคต สูญเสียภาพลักษณ์ที่เคยสวยงามกลัวจะทรุดโทรมไปตามสุขภาพ จนรู้สึกว่าคุณค่าของคุณค่า ผู้ให้การศึกษาต้องพยายามช่วยให้ผู้รับการศึกษาตระหนักว่าเขายังมีความสำคัญยังมีคนที่รักและต้องการเมื่อผู้รับบริการพบว่าตัวเองยังมีคุณค่ายังมีคนต้องการก็จะทำให้มีขวัญและกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไปเมื่อผู้รับการศึกษามีกำลังใจแล้วต่อจากนั้นก็ทำความเข้าใจเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์โดยเฉพาะในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อและการควบคุม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค โดยมีเนื้อหาการให้บริการการศึกษาเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการแพร่เชื้อ (สุพร เกิดสว่าง, 2542, หน้า 139 ; รัตติยา ทองแสง, กัญญา อันชื่นและสุธีรัตน์ โปจริส, 2537, หน้า 27) การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ การงดพฤติกรรมกรรมการแพร่เชื้อหรือ

หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงจะทำให้ไม่ได้รับเชื้อเพิ่ม เช่น ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ งดเว้นการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาของมีคมและสิ่งของเปื้อนเลือดและสิ่งคัดหลั่งร่วมกับคนอื่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ระยะการดำเนินของโรคและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ นอกจากนี้ควรให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและดำเนินชีวิตในครอบครัวอย่างเป็นปกติสุข โดยมีขั้นตอนในการปรึกษาดังนี้

5.4.1 การรู้จักตนเอง โดยการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับเชื้อ

5.4.2 การดำเนินชีวิตประจำวัน มีการคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่นอย่างปกติแต่ควรระวังการใช้สิ่งของที่มีการสัมผัสกับสารคัดหลั่ง

5.4.3 เพิ่มความสามารถในการจัดการกับสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยให้ความรู้เรื่องอาการในระยะต่าง ๆ ของโรค วิธีการแก้ปัญหา การแสวงหาความช่วยเหลือจากสถานบริการอื่น ๆ

5.4.4 การวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การทำงาน เพื่อความมั่นคงของชีวิตในช่วงต่อไป

5.4.5 การเสริมแรงจิตใจให้ต่อสู้กับปัญหา ซึ่งให้เห็นถึงความดี และความสามารถที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อให้เกิดความภูมิใจ รู้สึกว่าได้รับการยอมรับ

5.4.6 แนะนำอาชีพ ซึ่งแนวทางในการเลือกอาชีพที่เหมาะสมเพื่อให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีกำลังทรัพย์เพื่อการรักษาตัวเองและการดำรงชีวิตต่อไป

5.4.7 ปรับท่าทีของครอบครัวและชุมชน เตรียมผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความพร้อมเพื่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว และชุมชน

5.4.8 การบอกญาติว่าติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความประสงค์ที่จะเปิดเผยกับญาติทั้งนี้เพื่อประโยชน์ต่อไปนี้

- (1) ป้องกันคนที่ตนรักให้ปลอดภัย
- (2) ญาติและผู้ติดเชื้อจะไม่ต้องระวังตัวเองมากเกินไป เพราะไม่มีความลับต่อกัน
- (3) มีกำลังใจคอยสนับสนุน

5.4.9 การระวังในการติดเชื้อฉวยโอกาส ควรให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าใจ และฟังตระหนักอยู่เสมอว่าภูมิคุ้มกันต้านทานในร่างกายจะต่ำกว่าคนอื่นอยู่เสมอซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการติดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ควรหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

5.4.10 ถ้ามีอาการแทรกซ้อนแนะนำให้รับปรึกษาแพทย์ เช่น ต่อม้าน้ำเหลืองโต มีเชื้อราในปาก ท้องร่วง แผลอักเสบ เป็นไข้ ไอ หอบ เป็นต้น

5.4.11 การดูแลสุขภาพได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเหมาะกับสุขภาพ การพักผ่อน หลีกเลี่ยงของมีนเมาและยาเสพติด

5.5 ขั้นตอนการยุติการปรึกษา ควรให้สัญญาแก่ผู้รับบริการปรึกษาไว้รู้ตัวก่อนหมดเวลาของการให้บริการปรึกษาและเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการปรึกษาได้สรุปในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้พบจากการสนทนาในครั้งนี้หากผู้รับบริการสรุปยังไม่ครบผู้ให้การปรึกษาจะช่วยสรุปเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เกิดขึ้นในระหว่างการปรึกษาเพิ่มเติมให้ครบ พร้อมกันนี้ควรให้กำลังใจในการปฏิบัติการแก้ปัญหาในกรณีที่จะต้องส่งไปพบผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ทั้งนี้ต้องทำความเข้าใจกับผู้รับบริการปรึกษาอย่างชัดเจน

5.6 ขั้นตอนติดตามผล (follow up) เป็นการรวบรวมผลของการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์หลังจากการให้การปรึกษายุติลงซึ่งการติดตามผลจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาได้ทราบถึงการแก้ไขปัญหานั้นมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดและยังสามารถช่วยแก้ไขปัญหาคือใหม่ที่จะเกิดตามมาได้อย่างทันท่วงที (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภณ, 2543, หน้า 212) ถึงแม้ว่าผู้รับบริการปรึกษาจะเกิดความมั่นใจในขณะพูดคุยและต้องการที่จะทำสิ่งที่เขาเลือกแต่เขาอาจจะทำไม่ได้ในสถานการณ์จริงหรือทำได้แต่ไม่ต่อเนื่องซึ่งจำเป็นต้องมีการติดตามผลและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น กรณีผู้รับบริการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนอาจพบว่าเขาไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหรืออาจจะไม่ได้ใช้เวลาที่คู่นอนของเขาปฏิเสธที่จะใช้ถุงยางอนามัยจึงต้องมีการติดตามและให้การช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้รับบริการ ครอบครัวและสังคม การติดตามผลของการให้การปรึกษาเป็นการแสดงความใส่ใจของผู้ให้การปรึกษาว่าสนใจทราบความก้าวหน้าในการแก้ปัญหา (ประเวช คันดิพิวัฒนสกุล, 2541, หน้า 31) การให้การปรึกษาดังกล่าวข้างต้นเป็นการให้การปรึกษาผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หลังจากทราบผลเลือดบวกแล้วซึ่งประชากรที่ศึกษาในเรื่องนี้เป็นผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ที่ทราบผลเลือดบวกแล้วแต่ในการให้การปรึกษาผู้คิดเชื่อเอชไอวียังมีอีกหลายขั้นตอนที่การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาจึงจะขอกล่าวไว้ย่อ ๆ ดังนี้

6. การให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด (ประยุกต์ เสรีเสถียรและ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2540, หน้า 100-103 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 81-85; ธนา นิลชัยโกวิท, 2537, หน้า 47-57) โดยมีแนวทางในการให้การปรึกษาดังนี้

6.1 การประเมินแรงงูใจ การที่ผู้มารับบริการมาตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีนั้นแต่ละคนมีแรงงูใจในการมาตรวจแตกต่างกันไป การให้การปรึกษาจึงควรตรวจสอบว่าผู้รับบริการรู้จักประสงค์หรือรู้ผลกระทบในการตรวจเลือดหรือไม่เพื่อดูความเหมาะสมของแรงงูใจ

6.2 การตรวจสอบความเข้าใจของผู้รับบริการเรื่องความหมายของผลเลือด ทั้งผลเลือดบวกและผลเลือดลบ

6.3 การเตรียมตัวรับรู้ผลเลือด

6.4 การให้โอกาสตัดสินใจเรื่องการตรวจเลือด

6.5 ตกลงรายละเอียดของการเจาะเลือด และนัดฟังผล

7. การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ (ประยุกต์ เสรีเสถียรและ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2540, หน้า 104-106 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 86-89; ธนา นิลชัยโกวิท, 2537, หน้า 67-69) โดยมีแนวทางในการให้การปรึกษาดังนี้

7.1 การเตรียมความพร้อมผู้รับบริการเพื่อรับรู้ผลเลือด

7.2 การแจ้งผลเลือด ควรบอกเป็นขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับการปรึกษามีเวลาปรับตัว ปรับใจรับรู้ผลเลือดได้ทัน

7.3 เตรียมการแก้ไขปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น

7.4 การวางแผนแก้ไขปัญหามาตามา

8. ลักษณะของการให้การปรึกษา การให้บริการการปรึกษามี 2 ลักษณะ คือ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2541, หน้า 27)

8.1 การปรึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นการปรึกษาทั่วไปโดยใช้หลักของการให้การปรึกษา และใช้ทักษะต่าง ๆ ดังนี้คือ การเอาใจใส่หรือการใส่ใจที่ดีเพื่อที่จะสื่อให้ผู้รับบริการทราบว่าผู้ให้การปรึกษามีความตั้งใจรับรู้ประสบการณ์ของผู้รับบริการด้วยการมีทักษะที่ดีได้แก่ ทักษะการฟัง ทักษะการถาม ทักษะการทวนความ ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ทักษะการสรุปความ ทักษะการปรับมุมมอง ทักษะการชี้ความเป็นปกติธรรมดา ทักษะการแสดงความเข้าใจเห็นใจ

8.2 การปรึกษาปัญหาที่มีความซับซ้อน เช่นการปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐานกับการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจในภาวะวิกฤติผสมผสานกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการป้องกันช่วยเหลือให้พ้นจากปัญหาการฆ่าตัวตาย การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจในภาวะวิกฤติคือ การช่วยแก้ไขปัญหามองหาโอกาสที่เอื้อต่อการพัฒนา หลักการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติจึงมีความคล้ายคลึงกับการปรึกษาโดยทั่วไป แต่แตกต่างกันที่การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติถูกจำกัดด้วยเวลาทำให้ผู้ให้การปรึกษาต้องดำเนินการเชิงรุกและมีบทบาทในการร่วมแก้ปัญหามากขึ้นอาจช่วยตัดสินใจในเรื่องสำคัญเฉพาะหน้าบางเรื่องและให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขภาวะวิกฤติด้วย

9. ประเภทของการให้การปรึกษา แบ่งได้เป็น 2 ประเภท (จิราภรณ์ อารยะรังษณกุล, 2539, หน้า 38-39; มณฑิรา เขียวอึ้งและคณะ, 2538, หน้า 9-10) คือ การให้การปรึกษาแบบรายบุคคล และแบบรายกลุ่ม

9.1 การให้การปรึกษารายบุคคล (individual counseling) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับบริการปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้นเข้าใจปัญหาและสามารถเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

9.2 การให้การปรึกษารายกลุ่ม (group counseling) เป็นกระบวนการที่บุคคลมีความต้องการตรงกันหรือแก้ไขปัญหาร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่ม โดยมีผู้ให้การปรึกษาร่วมอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นของตนเองเป็นการได้ระบายความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตัวเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเอง กล้าที่จะเผชิญปัญหา ได้ใช้ความคิดในการที่จะแก้ปัญหารวมทั้งได้รับฟังความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้อื่นทำให้คิดได้ว่าไม่ใช่เขาคนเดียวที่มีปัญหาและอย่างน้อยก็มีผู้ให้การปรึกษายอมรับและเข้าใจ การใช้วิธีนี้จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มได้เสนอความคิดเห็นซึ่งทำให้เขาเกิดความภาคภูมิใจว่าตนเองสามารถให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่กลุ่มได้

10. การได้รับการปรึกษามีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการให้การปรึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจของผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิต เขต 6, 2543, หน้า 11) ทั้งในด้านการประเมินภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การแก้ปัญหายังเป็นระบบในการให้การปรึกษา การจัดการกับความเครียดการจัดการอารมณ์เศร้าต่างก็ใช้กระบวนการปรึกษาทั้งสิ้นการปรึกษาทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้และมองตนเองมีคุณค่ามีกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหา การปรึกษาทำให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของตนเอง ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เข้าใจปัญหาจนสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองได้

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. ความหมาย กลุ่มประกอบด้วยสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมกันมีการแสดงพฤติกรรมตอบโต้สัมพันธ์กัน ทุก ๆ กลุ่มที่เกิดขึ้นมานั้นจะมีความผูกพันกันไม่ว่าจะเป็นการผูกพันกันทางโครงสร้างหรือทางจิตใจก็ตาม กลุ่มทุกกลุ่มต้องมีระบบการดำเนินงานในกลุ่มจะมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กัน (โสภา ชูพิกุลชัย, 2532, หน้า 58)

สุชา จันทร์เอม (2544, หน้า 236) กล่าวว่า กลุ่มคือการรวมของบุคคลที่มีสิ่งเร้าและความสนใจตรงกันหรือร่วมทำกิจกรรมในเวลาและสถานที่เดียวกันเป็นการรวมของบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่มีจุดประสงค์ กิจกรรมและมาตรฐานของพฤติกรรมร่วมกัน สมาชิกของกลุ่มจะต้องมีความรู้สึกมีทัศนคติและเป้าหมายเป็นของกลุ่มมิใช่เป็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งกลุ่มจะต้องมีการจัดระเบียบและมีโครงสร้างที่แน่นอน

จากความหมายที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า กลุ่มหมายถึง การรวมตัวของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่มีจุดประสงค์ กิจกรรมและมาตรฐานของพฤติกรรมร่วมกันมาร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน โดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันมีการจัดระเบียบและมีโครงสร้างที่แน่นอน

2. สาเหตุสำคัญที่คนต้องมารวมกลุ่มก็คือ

2.1 เพื่อให้ชีวิตอยู่รอด (survival) ทั้งนี้ก็เพราะมนุษย์ช่วยตนเองไม่ได้เป็นระยะเวลานาน ถ้าต้องอยู่โดดเดี่ยวย่อมอาจทำให้ตายได้

2.2 เพื่อความปลอดภัย (security) มนุษย์ทุกคนต้องการความปลอดภัย หรือมีชีวิตอยู่อย่างปราศจากการถูกขู่เข็ญ ถูกบังคับ ความปลอดภัยจะแสวงหาได้ก็จากกลุ่มมนุษย์ด้วยกัน เช่น ความปลอดภัยทางร่างกาย มีอาหารรับประทาน มีที่อยู่และความปลอดภัยทางจิตใจคือ มีคนรัก มีคนคอยเอาใจใส่ เป็นต้น

2.3 เพื่อต้องการมิตรภาพ (friendship) เพราะมนุษย์เป็นสัตว์สังคมมนุษย์ต้องการมีเพื่อน ต้องการพบปะสังสรรค์ไม่ต้องการอยู่โดดเดี่ยวเพราะฉะนั้นมนุษย์ต้องอยู่เป็นหมู่พวก เพราะต้องการความรัก (affection) มนุษย์ทุกคนต้องการที่จะรักและให้คนอื่นรักตนจะอยู่โดยปราศจากความรักไม่ได้

3. การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มารวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมกลุ่ม จากการสำรวจกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อก่อตั้งขึ้นแตกต่างกันไปทั้งโดยองค์กรของรัฐ องค์กรเอกชน และผู้ติดเชื้อตั้งขึ้นมาเองแต่ส่วนใหญ่ก่อตั้งขึ้นโดยองค์กรของรัฐคือโรงพยาบาลและสถานีนามัย การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อให้เกิดการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจึงมีผลต่อการดูแลที่เน้นการพึ่งพาตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541, หน้า 8) กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการสังกัดโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง มี 2 กลุ่มคือกลุ่มมิตรสัมพันธ์และกลุ่มคอยหลวง กลุ่มมิตรสัมพันธ์ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งจังหวัดเชียงราย กลุ่มคอยหลวงตั้งอยู่ในสถานีนามัย ตำบลโชคชัย ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มเป็นกลุ่มที่องค์กรของรัฐจัดตั้งขึ้น

3.1 วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่ม ได้แก่

- 3.1.1 เพื่อให้สมาชิกได้มีกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 3.1.2 เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างสมาชิกกลุ่ม
- 3.1.3 เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์จากสมาชิกกลุ่ม

3.2 กิจกรรมกลุ่ม จากการสำรวจข้อมูลกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ในปี 2542-2543 โดยกองโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543, หน้า 7-11) พบว่ากิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วย

3.2.1 การรับบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ ได้รับการตรวจสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้รับการรักษาจากแพทย์หรือการรักษาพยาบาลเบื้องต้นจากพยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุข ได้รับยาป้องกันเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่นยาป้องกันโรคปอดบวม (*pneumocystiscarinii pneumonia prophylaxis*) ยาป้องกันวัณโรค (INH prophylaxis) ในรายที่มีอาการก็ให้การรักษาตามอาการ เช่นมีเชื้อราในช่องปากก็ให้ยารักษาเชื้อราในช่องปาก ท้องเสียไม่รุนแรงก็ให้ผงเกลือแร่เป็นต้น

3.2.2 การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ได้แก่ การพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวของสมาชิกกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์การใช้ยาและการใช้สมุนไพร มีการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือก เช่น โภชนบำบัด สมุนไพรฯ โดยพี่เลี้ยงกลุ่ม บางกลุ่มจะมีการผลิตสมุนไพรใช้เองกลุ่มที่ไม่ได้ผลิตเองก็หาซื้อจากโรงพยาบาลที่มีการผลิตสมุนไพร ในการมาพบกลุ่มสมาชิกได้พูดคุยถึงการใช้สมุนไพร การใช้ยาที่ได้รับในการมารับบริการตรวจสุขภาพ

3.2.3 การสันทนาการ (recreation) หมายถึง กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสนุกสนาน เพลิดเพลิน เกิดความพึงพอใจ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ทำให้รู้สึกสดชื่นกระปรี้กระเปร่า มีพลังเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและภารกิจอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน (คณู จีระเดชากุล, 2542, หน้า 8) สำหรับกิจกรรมสันทนาการทั่วไปได้แก่ กีฬา เกม และการละเล่นต่าง ๆ นันทนาการ ฝึกศิลปะหัตถกรรม การเดินร่ำและกิจกรรมเข้าจังหวะ งานอดิเรก การดนตรีและการร้องเพลง (สมบัติ กาญจนกิจ, 2535, หน้า 103-111) ส่วนกิจกรรมสันทนาการในการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีกิจกรรมต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมการละเล่น การเล่นเกมและการบันเทิง จากการสำรวจพบว่าการทำกิจกรรมสันทนาการมีประโยชน์คือ ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ส่งเสริมและพัฒนาทางด้านอารมณ์ทำให้อารมณ์แจ่มใส นอกจากนี้ยังรู้จักการปรับและควบคุมอารมณ์ได้เป็นอย่างดี ส่งเสริมและพัฒนาทางสังคมกิจกรรมสันทนาการ จะทำให้รู้จักแบ่งเวลาเพื่อคนอื่นก่อให้เกิดการปรับตัวเสริมสร้างกลุ่มสัมพันธ์ (group dynamic)

ก่อให้เกิดความสามัคคีนอกจากนี้กิจกรรมสันทนาการยังช่วยให้คนมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน มีความสุขในชีวิตและยังเสริมสร้างสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายอีกด้วย (สมบัติ กาญจนกิจ, 2535, หน้า 37)

3.2.4 การทำสมาธิเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็น กระบวนการบรรเทาอาการทางจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยให้มีการตั้งมั่นจดจ่อ อยู่กับสิ่งที่ต้องการได้ตามที่เขาต้องการและก่อผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มความ สามารถในการควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ดีขึ้น (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543, หน้า 124) การทำสมาธิมีขั้นตอนดังนี้ (พุทธศาสนิก, 2543, หน้า 41-43) กำหนดลมหายใจเข้าโดยตั้งจุดไว้ 2 จุดข้างนอกที่ปลายจมูกข้างในที่สะดือเสร็จแล้ว เฝ้าดูลมหายใจออกโดยเฝ้าดูที่ 2 จุดเช่นกัน ทั้งนี้เป็นการทำสมาธิเพื่อรู้เท่าทันต่อความรู้สึก เพื่อความพ้นทุกข์ (พระพิศาล พัฒนาการ, 2541, หน้า 261) การทำสมาธิโดยวิธีการรับรู้ลมหายใจ เข้าออกพบว่าจิตเกิดความสงบ ร่างกายเบา เกิดปิติสุขขึ้นในจิตใจคลายความเครียดและ ความวิตกกังวล (นฤมล สตินุพรรณ, 2531, หน้า 1) นอกจากนี้ ฮัลและโกสไตน์ (Hall & Goldstein, 1983 อ้างใน กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543, หน้า 126) พบว่าการทำสมาธิที่ใช้วิธี ผ่อนคลายความเครียดและสร้างความนึกคิดที่ดีทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

3.2.5 การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เมื่อมีการมารวมกลุ่มทำให้สมาชิกกลุ่มซึ่งมี ปัญหาเดียวกันเกิดความเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจ ปลอดภัยเมื่อเพื่อนสมาชิกมีความทุกข์ (ชยันต์ วรรณะภูติ, 2543, หน้า 183)

3.2.6 การประสานแหล่งช่วยเหลือ โดยคณะกรรมการกลุ่มจะช่วยในการประสาน แหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น ประชาสงเคราะห์ ศูนย์เอดส์ภาคเหนือตอนบน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ ภาคเหนือตอนบนและมูลนิธิต่าง ๆ

3.2.7 การทำอาชีพเสริม ด้วยการฝึกอาชีพ เช่น หัตถกรรม เกษตรกรรม บางกลุ่มมี การร่วมกันทำอาชีพเสริมเช่นการปักผ้า การทำดอกไม้จันทน์ การทำงานฝีมือต่าง ๆ บางกลุ่มให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำเป็นมาก่อนมาสอนให้กับเพื่อนสมาชิกและช่วยการทำหารายได้ให้กับ กลุ่มผู้ติดเชื้อ บางกลุ่มก็หาผู้มีความรู้หรือผู้เชี่ยวชาญมาสอนและหัดทำกันในกลุ่ม

3.2.8 การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทำการอบรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นอาสาสมัคร ทำหน้าที่วิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ตามหมู่บ้านต่าง ๆ

3.2.9 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนทำการอบรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อการดูแล ผู้ติดเชื้อที่ป่วย ออกเยี่ยมบ้าน สงเคราะห์ช่วยเหลือตามงบประมาณที่หน่วยงานเหล่านี้จัดให้

3.2.10 การคุ้มครองสิทธิ ได้แก่ สิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม

3.2.11 การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ เช่น ค่าบัตรประกันสุขภาพ ค่าเดินทาง นมผง อาหารเสริม ค่าฌาปนกิจศพ

3.2.12 การระดมทุน สนับสนุนทุน เช่น ทุนการศึกษา ทุนประกอบอาชีพ

3.2.13 การจัดบริการที่พักชั่วคราว ที่พักระยะสุดท้ายเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีญาติหรือผู้ดูแล

3.2.14 การพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ เช่นการอบรมดูงานด้านการบริหารจัดการ กลุ่มโดยให้คณะกรรมการกลุ่มศึกษาดูงานกลุ่มที่มีความเข้มแข็ง

3.2.15 การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่ม โดยมีการประสานงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อหรือระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน

3.2.16 การช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เช่น เด็กกำพร้า

สำหรับกิจกรรมกลุ่มของโรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ประกอบด้วย การรับบริการด้านสุขภาพ การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ การสนับสนุนการ การทำสมาธิ การให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน การประสานแหล่งช่วยเหลือและการทำอาชีพเสริม

4. การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลงลดภาวะซึมเศร้า ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อนกลุ่มจะช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงเครือข่ายทางสังคมและทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น (ดร.ณิ ชุณหะวัณ, 2540, หน้า 280) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กล้าเปิดเผยตนเองประชาชนยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถอยู่ร่วมกันได้โดยไม่มีการรังเกียจ นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคและกลยุทธต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการรวมกลุ่มยังช่วยเพิ่มความหวังให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อีกด้วย (Corey & Corey, 1997, pp. 373-374)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย พบว่าม้งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ใกล้เคียงกับการศึกษานี้คือ

ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาของ คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า ก) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่โรงพยาบาลบาราคนราครจำนวน 150 คนโดยใช้แบบสอบถามและแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung W.K.) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความซึมเศร้าโดยรวมร้อยละ 51.3 โดยมีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 30.7 มีความซึมเศร้าเด่นชัดถึงรุนแรงร้อยละ 16 มีความซึมเศร้าสูงมากที่สุดร้อยละ 4.7 มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 33.3 สนับสนุนการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วรณภา อินตะประเสริฐ, อัมพร หัสสิริ, สินีนาฏ จิตต์ภักดีและ ฉัญฐาพร เครือฝัน (2538, หน้า ข) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบวกและผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนโดยศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนจำนวน 442 ราย ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory or BDI) ผลการศึกษาพบว่าสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในภาวะซึมเศร้าโดยมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและคิดจะฆ่าตัวตายร้อยละ 38.9 มีภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 27.6 ซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 21.5 ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีเล็กน้อยร้อยละ 12 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสาร์ตน์ เซตววรรณ (2543, หน้า ง) ได้ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชจำนวน 62 รายโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจความซึมเศร้าของเบ็ค และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของ เลฟ และ โอเวน ผลการศึกษาพบว่า ความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 20.97 ระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 20.97 ระดับเล็กน้อยถึงปานกลางร้อยละ 9.68 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 29.03 ระดับปกติร้อยละ 19.35 สอดคล้องกับการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีกับภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยทางจิตกับการติดเชื้อเอชไอวีในรัฐเซาท์แคโรไลนา (South Carolina) ของสโตสคอฟฟ์ คิม และ โกลเวอร์ (Stoskopf, Kim and Glover, 2001, p. 469) ซึ่งศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มานอนในโรงพยาบาลและมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล 68 แห่งในรัฐเซาท์แคโรไลนา จำนวน 378, 710 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาของ คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 65) เรื่องเดิม ได้ศึกษาปัจจัยด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื้อ ระยะของโรค ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุต่างกันมีความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน สถานภาพสมรส โสด คู่และหม้ายมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีรายได้อาจมีภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ

(2538, หน้า 69) เรื่องเดิม พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีงานทำมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีงานทำ ส่วนระยะเวลาที่ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ 6 ปีขึ้นไปมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไม่เกิน 6 เดือน และ 6 เดือนถึง 1 ปี ระยะของโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะของโรคที่แตกต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2538, หน้า 34) เรื่องเดิม พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและไม่มีอาการ นอกจากนี้ศิริรัตน์ เศวตวรรณ (2543, หน้า ๙) เรื่องเดิม ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการให้การปรึกษา รัตติยา ทองแสง, กัลยา อันชื่นและสุธีรัตน์ โบจรัส (2537, หน้า ๗) ได้ศึกษาผลการให้บริการปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ตามกระบวนการการให้บริการปรึกษาโดยศึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการปรึกษา 42 รายโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้การปรึกษาได้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้รับบริการร้อยละ 93 ได้ประเมินความพร้อมของการรับฟังผลเล็ดบวคของผู้รับการปรึกษาร้อยละ 76 ผู้ติดเชื้อได้ร่วมวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตกับผู้ให้การปรึกษาร้อยละ 38 สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา เขียวยิ่ง,จินตนา ถีละไกรวรรณ, สุชาดา สุวรรณคำ และสร้อย อนุสรธิ์กุล (2540, หน้า 91) ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์โดยทำการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ใน หมู่บ้าน 6 แห่งที่เป็นที่ตั้งของสถานอนามัยประจำตำบลในจังหวัดขอนแก่นซึ่งคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 550 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการคำปรึกษาด้านสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุข 3 หมู่บ้านจำนวน 273 คนและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคำปรึกษาด้านสุขภาพ 3 หมู่บ้านจำนวน 277 คนโดยสัมภาษณ์ก่อนและหลังการให้บริการคำปรึกษาด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพภายหลังดำเนินการของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการให้การปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์โรงพยาบาลมุกดาหารของฉันทนันท์ ใจตรง (2540: บทคัดย่อ) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 60 ราย ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย

กลุ่มควบคุมได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติตามปกติเหมือนกลุ่มควบคุมและได้รับการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอีก 2 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 60 นาทีภายในเวลา 2 สัปดาห์ต่อหนึ่งราย รวบรวมข้อมูล 2 ครั้งก่อนและหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่าหลังจากให้การปรึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2538, หน้า 69) เรื่องเดิม พบว่าการให้การปรึกษาและจำนวนครั้งของการให้การปรึกษาไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้มีการศึกษาของ พัทธโรบล นาดประทาน (2540, หน้า 1) ได้ศึกษาประสบการณ์การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคเหนือตอนบน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมประสบการณ์ในการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือตอนบน โดยใช้วิธีการรวบรวมเอกสารและการสัมภาษณ์เจาะลึกอย่างไม่เป็นทางการ (informal in-depth interview) เจ้าหน้าที่ภาครัฐและเอกชน กลุ่มผู้ติดเชื้อและประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบนที่มีประสบการณ์การทำงานด้านเอดส์ โดยมีกรอบแนวคำถามซึ่งเตรียมไว้อย่างกว้าง ๆ กล่าวถึงเหตุผลของการรวมกลุ่ม สถานการณ์นำไปสู่การรวมกลุ่ม กิจกรรมหลังการมีกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกื้อหนุนให้กำลังใจกัน รูปแบบของการรวมกลุ่มแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือการรวบรวมโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อเองซึ่งมีความพร้อมในการรวมตัวและตั้งเป็นกลุ่มโดยมีหน่วยงานของรัฐและเอกชนเป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยง รูปแบบที่ 2 ตั้งขึ้นโดยองค์กรของรัฐและเอกชนเมื่อผู้ติดเชื้อรวมตัวเป็นกลุ่มขึ้นซึ่งวัตถุประสงค์ของกลุ่มส่วนใหญ่เกี่ยวกับการพบปะ เสริมสร้างกำลังใจแก่สมาชิก ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับสมาชิกในการดูแลสุขภาพเช่น การใช้สมุนไพร การทำสมาธิ การฝึกอาชีพรวมถึงการช่วยเหลือในด้านเศรษฐกิจและสังคม

การรวมกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าได้มีการศึกษาของ โพลเวล เยียตัน ฮิลล์และซิลค์ (Powell, Yeaton, Hill and Silk, 2001, pp. 1-2) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่นอนโรงพยาบาลโดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปีขึ้นไปและไม่ต้องรักษาด้วยยาต้านเศร้าแล้วโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองจำนวน 65 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 105 คนกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอนเน (Anne, 2000, pp. 1-2) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการดูแลทางด้านจิตใจจากเพื่อนและครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็น Homosexual จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของ

เบ็ค (Beck Depression Inventory or BDI) ในการวัดภาวะซึมเศร้าผลการศึกษาพบว่า การได้รับการดูแลทางด้านจิตใจจากเพื่อนและครอบครัวสามารถลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของคันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 69) เรื่องเดิม พบว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้คิดเชื่อกับไม่เข้าชมรมผู้คิดเชื่อมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

จากการรวบรวมและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า ภาวะซึมเศร้าคือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้าร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มีความรู้สึกไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง หมดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม มีความคิดฆ่าตัวตาย อาการอยู่ในช่วงนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไปซึ่งภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัยมาผสมผสานรวมกัน เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ได้แก่การสูญเสียคนรัก หน้าที่การงานการสูญเสียภาพลักษณ์ ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรมและการมีความคิดในแง่ลบเป็นต้น อาการของภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย มีความรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจ เบื่ออาหารและนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดเชิงซ้ำ สมาริเสีย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกมีความผิด มีความคิดอยากตาย เกิดความกลัวและวิตกกังวล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck, 1988) ซึ่งแปลและพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538) ซึ่งแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 4 ระดับได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง ซึมเศร้ามากและซึมเศร้ารุนแรง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ เพศ รายได้ ระยะเวลาที่ติดเชื่อระยะของโรค (คันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 68) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและมีความคิดฆ่าตัวตายและบางรายงาน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและซึมเศร้าเล็กน้อย ซึ่งผลการศึกษามีภาวะซึมเศร้าในระดับที่แตกต่างกันการปรึกษาและการรวมกลุ่มผลงานวิจัยก็แตกต่างกันมีทั้งมีผลต่อภาวะซึมเศร้าและไม่มีผล ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้เพื่อให้ทราบผลที่ชัดเจนขึ้น โดยทำการการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยการได้รับการปรึกษา ได้แก่ ระยะเวลาในการปรึกษา จำนวนครั้งการปรึกษา จำนวนประเภทของการปรึกษา ประสบการณ์การปรึกษาและปัจจัยการรวมกลุ่ม ได้แก่ ระยะเวลาการรวมกลุ่ม จำนวนครั้งการรวมกลุ่มและประสบการณ์การรวมกลุ่ม ดังกรอบแนวคิดในการศึกษาดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

