

ความซุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา
ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

นางเตือนใจ ห่วงสายทอง

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1585-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY AND FACTORS CORRELATED AMONG PATIENTS
WITH AIDS AT PHRABAT NAMPU TEMPLE LOP BURI PROVINCE

Mrs.Tuanjai Houngsaithong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1585-4

เตือนใจ ห่วงสายทอง : ความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี (PREVALENCE OF DEPRESSION , ANXIETY AND FACTORS CORRELATED AMONG PATIENTS WITH AIDS AT PHRABAT NAMPU TEMPLE LOP BURI PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทิวาชาติ, 130 หน้า. ISBN 974-17-1585-4

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ามารับบริการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า (Hospital anxiety and depression ฉบับภาษาไทย), แบบวัดบุคลิกภาพ MPI (The Mudsley Personality Inventory), แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ II (The Personal Resource Questionnaires : PRQ Part II) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 42.02
2. ความชุกของภาวะวิตกกังวล พบร้อยละ 47.06
3. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.440, p < .01$)
4. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.371, p < .01$)
5. แรงสนับสนุนทางสังคม บุคลิกภาพชนิด Neuroticism-stability เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$
6. แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพชนิด Neuroticism-stability และรายได้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และ $p < .05$

ภาควิชา	จิตเวชศาสตร์	ลายมือชื่อนิสิต.....
สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ปีการศึกษา	2545	

##4475356330 MAJOR: MENTAL HEALTH

KEY WORDS : DEPRESSION / ANXIETY / AIDS PATIENTS / PHRABAT NAMPU TEMPLE

TUANJAI HOUNGSAITHONG : PREVALENCE OF DEPRESSION,
ANXIETY AND FACTORS CORRELATED AMONG PATIENTS WITH AIDS
AT PHRABAT NAMPU TEMPLE LOP BURI PROVINCE. THESIS
ADVISOR : ASSO.PROF.NANTIKA THAVICHACHAT, MD. ; 130 pp.
ISBN: 974-17-1585-4

The purpose of this study was to study examine the prevalence of depression and associated factors of 119 patients with AIDS at Phrabat Nampu Temple Lop Buri Province. The instruments used comprised of demographic data, Thai version of Hospital Anxiety and depression, The Muadslay Personality Inventory and the instrument to measure social support from The Personal Resource Questionnaires : PRQ Part II. The data were analyzed for descriptive statistic : percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, One-way ANOVA, Pearson's product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis by SPSS for Windows

The result of this study were as follows :

1. Prevalence rate of depression was 42.02%
2. Prevalence rate of anxiety was 47.06%
3. Social support was statistically negative correlated with depression
($r = -0.440, p < .01$)
4. Social support was statistically negative correlated with anxiety
($r = -0.371, p < .01$)
5. Social support and Neuroticism-Stability personality were predicted factors that leading to depression at the statistical significant level of $p < .01$
6. Social support, Neuroticism-Stability personality and income were predicted factors that leading to anxiety at the statistical significant level of $p < .01$ and $p < .05$.

Department Psychiatry Student's Signature.....

Field of study Mental health Advisor's Signature.....

Academic year 2002

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี โดยได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้คอยให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตลอดจนข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่ตลอดการทำวิจัย รวมทั้ง สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผลและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่าง สม่ำเสมอโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงใจ กษานติกุล ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณา ให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องของการวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ที่ได้ให้การสนับสนุนในการ ศึกษา และบุคลากรทุกท่าน ณ วัดพระบาทน้ำพุ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งการวิจัยครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จลงได้เลยถ้าปราศจาก ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบบุคลากรของ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยเหลือในการทำวิจัย และเพื่อนนิสิตร่วมชั้นที่ให้การสนับสนุน ด้วยดีตลอดมา

ท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และอบรมสั่งสอนผู้วิจัยด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้เสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

นางเตือนใจ ห่วงสายทอง

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	2
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตการวิจัย.....	3
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	7
ภาวะซึมเศร้า	14
ภาวะวิตกกังวล	15
การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทที่	
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 32
	รูปแบบการวิจัย..... 32
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 32
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 33
	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 37
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 38
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 39
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 40
	1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย..... 40
	1.2 บุคลิกภาพของผู้ป่วย 51
	1.3 แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย..... 52
	ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซีมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วย 53
	2.1 ความชุกของภาวะซีมเศร้า..... 53
	2.2 ความชุกของภาวะวิตกกังวล 54
	ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ผลต่อภาวะซีมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย.... 55
	3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วย..... 55
	3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย..... 64
	3.3 ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับ ภาวะซีมเศร้า..... 74
	3.4 ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับ ภาวะวิตกกังวล..... 81
	3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและภาวะ วิตกกังวลกับแรงสนับสนุนทางสังคม 88
	3.7 ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้า..... 89
	3.8 ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล..... 90

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
5	
สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะ.....	102
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย.....	40
2	สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว.....	44
3	ปฏิกิริยาของครอบครัวและผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์	45
4	เหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ	46
5	อาการและการวินิจฉัย ที่เคยได้รับการรักษา ก่อนมารับการรักษาที่ วัดพระบาทน้ำพุ	47
6	การรักษาในหอผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ	48
7	การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ	50
8	บุคลิกภาพของผู้ป่วยแบบ E Scale และ N Scale	51
9	แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย	52
10	ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย	53
11	ความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย	54
12	ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล.....	54
13	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า	55
14	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการรักษา ที่วัดฯ) กับ ภาวะซึมเศร้า	60
15	ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะซึมเศร้า ...	61
16	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ กับ ภาวะซึมเศร้า	62
17	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า	63
18	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล	64
19	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการรักษาที่ วัดฯ) กับ ภาวะวิตกกังวล	70
20	ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ภาวะวิตกกังวล ..	71
21	ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับ ภาวะวิตกกังวล	72
22	ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะวิตกกังวล	73
23	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า	74

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
24	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า (ก่อนและหลัง มารับการรักษาที่วัดฯ)	78
25	ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะซึมเศร้า	79
26	ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพ กับ ภาวะซึมเศร้า	80
27	ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า	80
28	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล	81
29	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล (ก่อนและ หลังมารับการรักษาที่วัดฯ)	85
30	ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะวิตก กังวล	86
31	ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพ กับ ภาวะวิตกกังวล	87
32	ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะวิตกกังวล	87
33	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้าและ แรงสนับสนุนทางสังคม	88
34	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวลและ แรงสนับสนุนทางสังคม	88
35	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคเอดส์	89
36	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล ของผู้ป่วยโรคเอดส์	90

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) ถือเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่มีการระบาดไปทั่วโลก ผลกระทบของปัญหาโรคเอดส์ไม่ใช่เฉพาะปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเพียงอย่างเดียว แต่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งโรคเอดส์นี้ได้แพร่ระบาดในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขถือว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาเร่งด่วน และมีความสำคัญที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง⁽¹⁾

ในปัจจุบันสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ถือว่ากำลังประสบกับภาวะวิกฤติ เพราะผู้ติดเชื้อเริ่มปรากฏอาการของโรคมีอัตราตายสูงขึ้น และสัดส่วนของผู้เสียชีวิตต่อผู้ป่วยเอดส์ที่รายงานจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ⁽²⁾ ผู้ป่วยเอดส์อาจรับรู้ว่าการเป็นโรคเอดส์ต้องมีชีวิตอยู่กับความตาย และจะต้องตายก่อนเวลาอันควร เพราะยังไม่มียารักษาให้หายขาด⁽³⁾ โดยเฉพาะเมื่อมีโรคแทรกซ้อนบางชนิด เช่น ติดเชื้อที่ปอด โดยเฉพาะเชื้อนิวโมซิสติส แครินิไอ (Pneumocystis carinii) อัตรารอดเฉลี่ยประมาณ 9 เดือนเท่านั้น⁽⁴⁾ ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น และผู้ป่วยเอดส์มักขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้ตายก่อนเวลาอันควร จากรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ของกองระบาดวิทยา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 รวมทั้งสิ้น 281,391 ราย และมีผู้เสียชีวิต 64,538 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 205,416 ราย และมีผู้เสียชีวิต 56,633 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 75,975 ราย และมีผู้เสียชีวิต 7,905 ราย พบว่าติดเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary 58,869 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.1 และ โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii 42,868 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.3⁽²⁾ ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการมีจำนวนมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจเกิดความเครียด วิดกกังวล หรือกลัว มีภาวะซึมเศร้า มีผลให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ซึ่งอาจเป็นวงจรซ้ำเติมการติดเชื้อฉวยโอกาส และนำไปสู่ระยะสุดท้ายในที่สุด⁽⁵⁾ ทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวังในชีวิตได้รับความทุกข์ทรมานรู้ว่ารักษาไม่หายกังวลและ

ซิมเศร่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่มีความต้องการที่จะตายจากโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นการดูแลรักษาช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายนี้จึงมีความสำคัญมาก ต้องมีความละเอียดอ่อนอย่างมาก โดยต้องมีทั้งศิลป์และศาสตร์ ในการดูแลทั้งในด้านการสื่อสารที่เป็นคำพูดและที่เป็นสัญญาณทางกาย ความเข้าใจในจิต อารมณ์ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ของผู้ป่วย และการดูแลให้ครบองค์รวม กาย จิต สังคม วิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ⁽⁶⁾

จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ แต่ในต่างประเทศได้มีผู้ศึกษาพอสมควร ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ภาวะซิมเศร่า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ ภาวะ จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม และผลการวิจัยจะสามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรผู้ดูแลสามารถนำไปผสมผสานในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ได้ครอบคลุมแบบครบองค์รวมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จาสิต (อ้างใน ขวัญตา บาลทิพย์, 2544) ที่กล่าวว่าบุคคลหนึ่งคนสามารถช่วยบุคคลอื่นๆอีกหลายคนให้มีชีวิตอย่างมีความสุข และตายได้อย่างมีความสุข⁽⁷⁾

คำถามการวิจัย

1. ความทุกข์ของภาวะซิมเศร่า และความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นเท่าใด
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความทุกข์ของภาวะซิมเศร่า และความทุกข์ของภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยใช้แบบสอบถามมีตัวแปรที่ศึกษาคือ

ตัวแปรอิสระ คือ

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะซึบของภูมิคุ้มกันเสื่อม 1-25 โรค⁽⁸⁾ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา อาชีพ รายได้ส่วนบุคคล รายได้ครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย การวินิจฉัยอาการซึบ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึบของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา บุคคลที่คอยช่วยเหลือ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา เหตุผลที่มาได้รับการรักษา บุคคลที่ต้องดูแลรับผิดชอบ ยาที่รับประทาน/ระยะเวลาที่รับประทานยา การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยขณะอยู่ในวัดพระบาทน้ำพุ ระยะเวลาที่อยู่ โรคแทรกซ้อน บุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่ ครอบครัวทราบหรือไม่ว่าติดเชื้อเอดส์/ ปรึกษาของครอบครัว ปรึกษาของผู้ร่วมงาน

ตัวแปรตาม คือ

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
2. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการซึบของภูมิคุ้มกันเสื่อมที่อาศัยอยู่ในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ซึ่งอาจมีความแตกต่างของอาการในระยะของโรค บางคนอาจมีภูมิคุ้มกันเสื่อมในระยะเริ่มต้นหรือระยะสุดท้ายของโรค ทุกรายไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคเอดส์ แต่ได้รับการรักษาตามอาการ และไม่ได้รับการตรวจ CD4 ซึ่งไม่สามารถบอกระยะที่แท้จริงของโรคได้ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่พบว่ามีความซึมเศร้าหรือภาวะวิตกกังวลอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่รวมถึงผู้ป่วยที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล และศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเท่านั้น

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อาการแสดงอารมณ์เศร้าหมอง หรือ เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมมืออื่นๆที่แสดงออกทางอาการทางกาย (Vegetative) พฤติกรรมคำพูด และความคิดกังวล อาการดังกล่าว เป็นการเปลี่ยนแปลงจากปกติวิสัยของผู้ป่วย ซึ่งประเมินจาก Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS)

2. ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หมายถึง อาการกังวลเกินกว่าเหตุร่วมกับอาการทางกายต่าง ๆ ได้แก่

- Autonomic hyperactivity เช่น ใจสั่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หายใจขัด เหงื่อออก ปั่นป่วนในท้อง

- Cognitive hypervigilance เช่น หงุดหงิดง่าย ตกใจง่าย วิตกกังวล ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการทาง Somatic เช่น อาการดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงจากปกติวิสัยของผู้ป่วยซึ่งประเมินจาก Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS)

3. ผู้ป่วย AIDS หมายถึง ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการซึ่งบ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการวัด กลุ่มโรคของ CDC⁽⁸⁾ ซึ่งอาจเป็นระยะเริ่มต้นหรือระยะสุดท้ายของโรคที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยมีระเบียบการรับคือ ผู้ป่วยต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ และมีอาการซึ่งบ่งของภูมิคุ้มกันเสื่อมโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของกระทรวงสาธารณสุข และอาศัยอยู่ในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ ซึ่งไม่ได้รับยาต้านโรคเอดส์และอาจได้รับการรักษาตามอาการ

4. วัดพระบาทน้ำพุ หมายถึง สถานที่บำบัด ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการซึ่งบ่งของภูมิคุ้มกันเสื่อม ซึ่งอาจจะเป็นระยะเริ่มต้น จนถึงระยะสุดท้ายของโรค และทุกรายไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคเอดส์ และได้รับการรักษาตามอาการ

จากตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย สามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะซึบของภูมิคุ้มกันเสื่อม 1-25 โรค⁽⁸⁾

- อายุ
- เพศ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- ภูมิลำเนา
- อาชีพ
- รายได้ของท่าน / ครอบครัว
- สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
- ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย
- ก่อนเข้ารับการรักษาอาศัยอยู่กับใคร
- การวินิจฉัยอาการซึบของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม
- ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึบของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม
- จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- บุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือ ภายหลังติดเชื้อ
- ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในวัดพระบาทน้ำพุ
- ผู้ที่พามาเข้ารับการรักษา
- เหตุผลที่มาเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ
- บุคคลที่ต้องดูแลรับผิดชอบ
- ยาที่รับประทานในขณะนี้/ระยะเวลาที่รับประทานยา
- ขณะอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ ท่านได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วย/
ระยะเวลาที่อยู่
- โรคแทรกซ้อน
- บุคลิกภาพ (Personality)
- แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)
- เคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่
- ครอบครัวทราบหรือไม่ว่าติดเชื้อเอดส์/ปฏิกิริยาของครอบครัว
- ผู้ร่วมงานทราบหรือไม่ว่าติดเชื้อเอดส์/ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงาน

1.ภาวะซึมเศร้า
(Depression)
2.ภาวะวิตกกังวล
(Anxiety)
วัดโดย Thai-HADS

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายสำหรับบุคลากรเพื่อให้เกิดการยอมรับให้ ความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใย ลดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับเข้าใจและตายอย่างสงบมีความสุข
2. ได้ทราบแนวทางเพื่อที่จะนำไปจัดการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจในการบริการปรึกษา และช่วยเหลือ ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายต่อไป
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. ภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะวิตกกังวล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

1. ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์(AIDS)

เอดส์ หรือ AIDS มาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง อันเนื่องมาจากการที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่เรียกว่า เอชไอวี (Human Immuno deficiency Virus) เข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการทำลายเซลล์ต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะ ทีเฮลเปอร์ลิมโฟไซต์ (T-helper lymphocytes) เมื่อเชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่ง ต่อมาจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้น จนสามารถทำลายภูมิคุ้มกันร่างกาย ให้ลดลงไปเรื่อยๆ ในที่สุดร่างกายจะไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อใด ๆ ได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคอื่น ๆ แทรกซ้อน เกิดอาการเจ็บป่วยในหลายระบบของร่างกายรักษาไม่หาย ปรากฏเป็นโรคเอดส์ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในที่สุด⁽⁹⁾

สาเหตุของโรคและพยาธิสภาพ

โรคนี้มีการรายงานเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาในปีพ.ศ.2524 โดยมีรายงานผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้หลายราย แต่ยังไม่มีการทราบสาเหตุจนใน พ.ศ.2526 นายแพทย์ ลูค มงตาเยร์ และคณะ (Luc Montagnie, et al.) จากสถาบันปาสเตอร์ในประเทศฝรั่งเศสเป็นผู้ค้นพบเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกและได้ชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) ในปีต่อมา ดร.โรเบอर्ट แกลโล (Robert Gallo) จากประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ และเรียกชื่อไวรัสนี้ว่า Human

T. Lymphotropic Virus type III (HTLV II) และในปีเดียวกันนี้ เลวี (Levy) จากประเทศสหรัฐอเมริกา ก็สามารถแยกเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อีกและตั้งชื่อให้ว่า AIDS-Related Virus (ARV) ซึ่งต่อมาพบว่าเชื้อไวรัสต่าง ๆ ที่พบนั้นเป็นเชื้อชนิดเดียวกันและอยู่ในกลุ่ม Retro Virus เหมือนกัน ดังนั้นจึงมีการตกลงชื่อเป็นสากลว่า เอชไอวี อิมมูโนดิฟิเซียนซี ไวรัส (Human Immunodeficiency Virus) ในปัจจุบันพบว่าเชื้อไวรัสชนิดนี้อยู่ประมาณ 2 ชนิด คือ เอชไอวีวัน (HIV₁) และเอชไอวีทู (HIV₂) พบครั้งแรกในสหรัฐอเมริกา, ฝรั่งเศส และแอฟริกาส่วนกลาง เอชไอวีทู พบในแอฟริกาตะวันตก เชื้อเอชไอวีเป็น retrovirus จัดอยู่ใน subfamily lentivirinae, oncoruriane, sypumavirinae มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 100-200 นาโนเมตร มี genome เป็นพวก RNA สายเดี่ยวที่มีลักษณะเหมือนกันจำนวน 2 เส้น ไวรัสพวกนี้จะมีเอนไซม์ reverse transcriptase ซึ่งไวรัสเอชไอวี จะอาศัยเอนไซม์นี้เปลี่ยนไวรัล อี เอ็น เอ (viral RNA) เป็นไวรัล ดี เอ็น เอ (viral DAN) ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนเช่นนี้เป็นขบวนการสร้าง ดี เอ็น เอ ที่ย้อนกลับ ต่างจากการสร้าง ดี เอ็น เอ ในขบวนการตามปกติ ซึ่งโดยทั่วไปของการสร้าง ดี เอ็น เอ ต้องอาศัย ดี เอ็น เอ เป็นแกนนำก่อนแล้วจึงสร้าง เอ็ม เอ เอ็น เอ (mRNA) แล้วจึงมีการลอกเลียนสร้าง ดี เอ็น เอ ตัวใหม่ขึ้นมาอีกตัวหนึ่ง⁽¹⁰⁾

ลักษณะของเอช ไอ วี มีลักษณะรูปร่างกลม มีแกนกลางเรียกว่าคอร์ (core) ภายในคอร์ของไวรัสมีคอร์โปรตีน (core protein) หลายชนิด เช่น P₇, P₉, P₂₄ และ P₂₅ เป็นต้น ไวรัสนี้มีเปลือกหุ้มโดยรอบเรียกว่า เอ็น วิ ลอบ (envelop) ซึ่งภายในมี เอ็น วิ ลอบ โปรตีน (envelope protein) พวก GP₁₂₀ และ GP₄₁ เป็นต้น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จะมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคเป็นระยะ ๆ จากไม่มีอาการกลายเป็นกลุ่มมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex : ARC) และกลุ่มอาการของโรคเอดส์ (Acquired Immuno deficiency Syndrome : AIDS)

การดำเนินโรคของ HIV Infection (Natural History of HIV infection)⁽¹¹⁾

ลักษณะทางคลินิกของผู้ติดเชื้อ HIV มีตั้งแต่ acute infection, asymptomatic infection จนถึง advanced immunodeficiency with opportunistic disease อัตราเสี่ยงและระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อ HIV มีการดำเนินโรคจาก asymptomatic ไปเป็น AIDS และเสียชีวิตจาก AIDS มีดังนี้

Bacchetti and Mos (อ้างในเกียรติ รัชชงูธรรม)⁽¹¹⁾ รายงานการติดตาม homosexual men ในเมือง San Francisco พบว่า median ของระยะเวลาจากการติดเชื้อใหม่ ๆ จนเป็น AIDS ประมาณ 9.8 ปี

งานวิจัยที่มีความสำคัญในแง่ธรรมชาติของการดำเนินโรคในชายรักร่วมเพศและชายรักสองเพศอเมริกัน (homosexual และ bisexual men) ที่ติดเชื้อ HIV คือ งานที่ศึกษาร่วมกันระหว่าง San Francisco Department of Public Health และ CDC ที่ทำไว้ตั้งแต่ช่วงต้นของการระบาดของ AIDS ในสหรัฐอเมริกาประชากรที่นำมาศึกษานั้นเดิมร่วมอยู่ในโครงการศึกษาวัคซีน hepatitis B ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 และได้ทำการตรวจ HIV serology และติดตามประเมินอาการทางคลินิกของ AIDS ตั้งแต่ที่มี seroconversion จากชายอเมริกันจำนวน 489 รายที่ทราบระยะเวลาที่เริ่มติดเชื้อ HIV (seroconversion) พบว่า ร้อยละ 13 เกิดอาการของ AIDS ภายใน 5 ปี ร้อยละ 51 เกิดอาการ AIDS ภายใน 10 ปี และร้อยละ 54 เกิดภายใน 11 ปี เมื่อพิจารณาในรายที่ยังไม่มีอาการของ AIDS ภายใน 12 ปี พบว่า ร้อยละ 19 มีอาการของ HIV disease (early symptomatic หรือ AIDS – related complex หรือ ARC) และร้อยละ 29 ของผู้ที่ติดเชื้อนานกว่า 11 ปี โดยไม่มีอาการของ AIDS มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง นั่นคือ มี CD4+cell count ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร (ซึ่งตาม Revised CDC Staging System 1993 ถือเป็น stage A3) แม้จะติดเชื้อมาแล้วนานกว่า 20 ปี

จากการศึกษาอื่น ๆ พบว่า ระยะเวลาจากเริ่มติดเชื้อ HIV จนมีอาการของ AIDS นั้นประมาณตั้งแต่ 6.5-13 ปี และค่าเฉลี่ยประมาณ 8-9 ปี

การแพร่กระจายของเชื้อ เอช ไอ วี

เชื้อ เอช ไอ วี สามารถพบได้ในน้ำอสุจิ, น้ำในช่องคลอด, เลือด, น้ำตา, น้ำลาย และน้ำนมของผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่จะแพร่เชื้อทางเลือด, น้ำอสุจิ และของเหลวในช่องคลอด ส่วนการแพร่เชื้อโดยทางน้ำตาและน้ำลายยังไม่มีรายงานที่พิสูจน์ชัดเจน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะความเข้มข้นของเชื้อ (concentration of HIV) ในน้ำคัดหลั่งมีน้อย หรือไม่มีสารที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการแพร่เชื้อ (infectivity factor of HIV) ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาค้นคว้าต่อไป ดังนั้นจึงพอที่จะสรุปวิธีการแพร่กระจายของเชื้อ เอช ไอ วี ได้ดังนี้⁽¹⁰⁾

1. การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์

ด้วยการรับเอาน้ำอสุจิหรือน้ำในช่องคลอดของผู้ป่วยเข้าไปทางรอยแผลที่เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์อาจจะเป็นการแพร่กระจายในพวกรักร่วมเพศ (Homosexual), รักต่างเพศ (Heterosexual) หรือรักสองเพศ (Bisexual) โดยขณะร่วมเพศมักจะมีรอยปริ หรือถลอกที่อวัยวะเพศ หรือทวารหนักทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมาและเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคการรับเลือด หรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อ เอช ไอ วี เข้าสู่ร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเพศชายสามารถแพร่เชื้อ เอช ไอ วี ไปสู่ภรรยาทำให้ภรรยาของเขาเป็น

โรคติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ 18% ส่วนผู้ป่วยหญิงที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี จากการรับเลือด สามารถแพร่เชื้อไปสู่สามี และสามีเป็นโรคติดเชื้อนี้ได้เพียง 8% ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การแพร่กระจายเชื้อจากผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี ไปสู่ผู้หญิงที่ผลเลือดปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า รีเซพทีฟ อินเทอร์คอร์ส (receptive intercourse) จะติดเชื้อ เอช ไอ วี ง่ายกว่าการแพร่กระจายเชื้อจากผู้หญิงที่มีเชื้อ เอช ไอ วี ไปยังผู้ชายที่มีผลเลือดปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า อินเซอรัทีฟ อินเทอร์คอร์ส (insertive intercourse)

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือด และผลิตภัณฑ์ของเลือด

ในเลือดของผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการจะมีเชื้อไวรัสอยู่ เมื่อร่างกายคนปกติได้รับเลือดเหล่านี้เข้าไปจะเกิดโรคติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ ซึ่งอาจเกิดได้ดังนี้

ก. การถ่ายเลือดให้ผู้ป่วยที่เสียเลือดไปมากหรือให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือดบางชนิดที่จำเป็นต้องได้รับเลือด หรือผลิตภัณฑ์ของเลือดเช่น ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย (Haemophilia) ถ้าในเลือดที่ถ่ายให้มีเชื้อนี้อยู่ผู้ป่วยจะเป็นโรคติดเชื้อ เอชไอวี ได้

ข. ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดฉีด ผู้ติดยาสามารถติดเชื้อ เอชไอวี ได้ เมื่อใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาเสพติดอันเดียวกันกับผู้ติดยาเสพติดที่ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเลือดของผู้ป่วยจะมีเชื้อ เอช ไอ วี อยู่ และจะติดอยู่ที่เข็ม หรือกระบอกฉีดยา เมื่อฉีดยาเสพติดเข้าร่างกาย ยาเสพติดจะพาเอาเลือดที่มีเชื้อนี้เข้าไปในร่างกายด้วยมีผลให้ผู้นั้นป่วยเป็นโรคติดเชื้อ เอชไอวี ด้วย

3. การแพร่เชื้อจากมารดาที่ติดเชื้อไปสู่ทารก (Vertical transmission) โดยเชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกโดยผ่านทางเลือด, ทางรก, ทางสายสะดือหรือทางน้ำคร่ำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอดใหม่ ๆ ได้ประมาณ 20-50 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของโรค เมื่อมารดาตั้งครรภ์ หากมารดาเพิ่งติดเชื้อใหม่ขณะเริ่มตั้งครรภ์และกำลังอยู่ในระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด (Viremia) เด็กจะมีโอกาสติดเชื้อสูง เมื่อระยะนี้ผ่านไปแล้ว ในขณะที่มารดาไม่มีอาการใด ๆ และมีสุขภาพดี การติดเชื้อในเด็กจะลดลง แต่ในระยะหลังของโรคเมื่อมารดาเริ่มมีอาการของโรคแล้ว โอกาสที่เด็กในครรภ์จะได้รับเชื้อจะสูงขึ้น⁽¹²⁾

ลักษณะทางคลินิกและระยะเวลาต่างๆของการติดเชื้อ เอช ไอ วี⁽¹¹⁾

ลักษณะทางคลินิกภายหลังร่างกายได้รับเชื้อ HIV เข้าไปในร่างกาย สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะคือ

1. อาการเฉียบพลันของการติดเชื้อ (acute clinical illness) ที่พบบ่อยคือประมาณ 2 – 4 สัปดาห์ แต่สามารถเกิดได้ตั้งแต่ 6 วันถึง 6 สัปดาห์ อาการที่พบบ่อยที่สุด(พบมากกว่าร้อยละ 50)

ได้แก่ ไข้ ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) ปวดศีรษะ ผื่น (erythematous maculopapular rash) คออักเสบ (Pharyngitis) อ่อนเพลีย (fatigue) ต่อมน้ำเหลืองโต (lymphadenopathy) อาการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับไข้หวัด ไข้จากคออักเสบ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Epstein – Barr virus mononucleosis

2. ระยะติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการ Asymptomatic HIV infection หรือ Clinical latency แต่เชื้อ HIV ไม่ได้สงบนิ่ง ยังคงมีการแบ่งตัวในอัตราที่สูงและภูมิคุ้มกันคือ CD4+ cell จะถูกทำลายลงเรื่อยๆ ระยะเวลา นับจากเริ่มติดเชื้อ HIV จนเกิดอาการของ AIDS (incubation period) ประมาณ 8-10 ปี (Median) แต่มีรายงานผู้ติดเชื้อ ไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบรวดเร็ว (rapid progressors) คือ น้อยกว่า 3 ปี และอีกประมาณไม่เกินร้อยละ 5 มีการดำเนินโรคแบบ long-term Nonprogressors คือ ติดเชื้อมานานเกิน 10 ปี โดยไม่มีอาการและไม่มีการลดลงของ CD4+ lymphocytes ทั้งที่พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการดำเนินโรค ได้แก่ ปัจจัยทางเชื้อไวรัส ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน และอื่นๆ

3. ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ Early symptomatic disease or AIDS-related complex (ARC) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีภูมิคุ้มกันถูกทำลายลงเรื่อยๆ โดยทั่วไปถ้า CD4+ T cell เริ่มลดลงจนต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตร จะเริ่มอาการและอาการแสดงทางคลินิกเกิดขึ้น คือ Reactivation Herpes Zoster (shingles) การเกิดงูสวัด พบร้อยละ 10-20 ซึ่งเกิดจาก reactivation ของ varicella-zoster หรือเชื้ออีสุกอีใส เป็นอาการทางคลินิกอาการแรกที่บ่งถึงภาวะภูมิคุ้มกันเริ่มบกพร่อง (immunodeficiency) อุบัติการณ์จะพบประมาณร้อยละ 5-10 ในผู้ป่วย late HIV disease ในผู้ป่วยมีรายงานพบว่าเฉลี่ยประมาณ 5 ปี หลังเกิดงูสวัด จะปรากฏอาการของ AIDS

4. ระยะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง (Advanced HIV diseases หรือ AIDS) เมื่อภูมิคุ้มกันร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD4+ T cell ถูกทำลายจนเหลือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร ถือว่าเข้าสู่ระยะภูมิคุ้มกันที่บกพร่องอย่างรุนแรง มีโอกาสที่จะเกิดโรคฉวยโอกาส ในอัตราที่สูงขึ้น เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค, การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร อาการไข้ อาการต่อมน้ำเหลืองโตทั้งตัว อาการติดเชื้อทั้งระบบประสาทส่วนกลาง นอกจากนี้ยังพบอาการของโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย คือ มะเร็งของหลอดเลือด (Kaposi's Sarcoma) มีอาการเป็นจ้ำสีม่วง แดงคล้ำตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) จะมีก้อนโตตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย

1. **ผลกระทบด้านร่างกาย**^(11,13,14) ระยะการติดเชื้อระยะสุดท้ายเรียกว่า Advanced HIV diseases เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างแรงเกิดโรคฉวยโอกาสหลายระบบได้แก่

1.1 การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบบ่อย คือ mycobacterium tuberculosis ซึ่งเป็นสาเหตุของวัณโรค

1.2 มีการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร เป็นอาการที่พบบ่อย จะมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง

1.3 ความผิดปกติของระบบประสาท การติดเชื้อ Cryptococcus ในสมองทำให้เกิดสมองอักเสบ

1.4 ความผิดปกติทางผิวหนัง และ ต่อม้ำเหลือง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ก้อนโตตามร่างกาย

1.5 ความผิดปกติทาง หู คอ จมูก มีการติดเชื้อราได้ง่าย โดยเฉพาะ candida ในปาก

1.6 ความผิดปกติในระบบหัวใจ ได้แก่ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ

1.7 ความผิดปกติของไต เช่น มีความไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์ และความเป็นกรดต่าง

1.8 ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อเนื่องจากการติดเชื้อชนิดต่าง ๆ ทั้งไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา พยาธิต่างๆ

1.9 ความผิดปกติของกระดูกและข้อ

1.10 ความผิดปกติในระบบเลือด มักมีอาการซีด และ อ่อนเพลีย

1.11 ความผิดปกติทางโภชนาการ เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในระบบอื่นๆ

1.12 ความผิดปกติเกี่ยวกับภูมิแพ้ อาจเป็นผื่นลมพิษ หอบหืด

1.13 ความผิดปกติทางจิตเวช^(15,16,17) ที่พบคือ AIDS Dementia ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถของสติปัญญา เสียความทรงจำ สมองเสื่อม Organic mentia disorders เป็นกลุ่มอาการทางสมองที่แสดงออกโดยที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน และภาวะซึมเศร้า

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์^(18,19,20)

ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามทางด้านจิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากหมดหวัง และรับรู้ว่าจะต้องตาย จึงกลัวต่อความตายซึ่งความกลัวที่พบบ่อยในระยะสุดท้ายได้แก่ ความเจ็บป่วยที่ไม่หยุด การเปลี่ยนแปลงลักษณะ การสูญเสียความควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกายการไม่ได้รับการบอกความจริง เกี่ยวกับสภาพ ร่างกาย, การสูญเสียการตัดสินใจ การ

สูญเสียความเป็นส่วนตัว, ทำงานไม่สำเร็จ สูญเสียความเป็นส่วนตัวการถูกละทิ้ง และการตายอย่างโดดเดี่ยว

3. ผลกระทบด้านสังคม⁽²¹⁾

ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายจะได้รับผลกระทบตั้งแต่ทราบผลเลือดจนถึงระยะสุดท้ายของโรค ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคแทรกซ้อน ฉะนั้นจึงไม่ใช่แค่ร่างกายและจิตใจเท่านั้น ผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องประสบกับอารมณ์ และความรู้สึกถึงความตายกำลังรออยู่ข้างหน้าทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวังอยู่กับความรู้สึกโกรธมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า หมกมุ่นอยู่กับตัวเองมีความคิดอยากตายอยู่บ่อย ๆ อยู่กับความซึมเศร้าหมองเนื่องจากถูกมองว่าเป็นคนไม่ดีล่าสอนทางเพศ เป็นโรคที่น่ารังเกียจ คนทั่วไปหรือแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เองก็มักจะทำให้เกิดการแบ่งแยก (Discrimination) จึงมีความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต สังคมพากันถอยห่างเพราะกลัวการติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์รู้สึกว่าด้อยต่ำ ความรู้สึกหมดหวัง ทุกสิ่งทุกอย่างต้องอยู่อย่างซ่อนเร้น โดดเดี่ยว อ้างว้าง วิตกกังวล และซึมเศร้า ไม่สามารถพูดคุยหรือปรึกษากับผู้ใดได้ หากมีคนรู้ก็จะถูกรังเกียจ หรือ ต้องออกจากงานทำให้เกิดมีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ติดเชื้อเอดส์จึงมีปัญหาด้านจิตสังคมมากมายเกินแก้ไข เมื่อสุขภาพร่างกายทรุดโทรมลงอยู่ในภาวะเอดส์ระยะสุดท้ายได้รับทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อจากโรคแทรกซ้อน ทำให้เกิดความกลัว วิตก ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ขาดกำลังใจ ซึ่งมาจากการไม่ยอมรับของสังคมและถูกตีตราว่าเป็นคนมีวัณโรค ล่าสอนทางเพศไม่น่าคบหาสมาคมด้วย ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

4. ผลกระทบทางจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นโครงสร้างหนึ่งของมนุษย์ที่นอกเหนือจากร่างกาย และจิตใจ ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมทางร่างกาย จิตใจ ให้อยู่ในสมดุลย์ จิตวิญญาณเป็นพลังที่ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตได้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับความรู้สึกเกี่ยวกับตัวตน เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเลือกมีสัมพันธภาพและแสดงบางสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิตของตนผู้ที่มีจิตวิญญาณจะเป็นทั้งผู้ให้ความรักและรับความรักจากผู้อื่นมีสิ่งยึดเหนี่ยวทาง จิตใจ คือความเชื่อมั่นและศรัทธาในคำสอนของศาสนา^(22,23,24) สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายมีสภาพร่างกายที่ทุกข์ทรมานด้วยความเจ็บปวดภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปสภาวะจิตใจที่ถูกคุกคามจากความวิตกกังวลความเครียด เป็นผลทำให้เกิดความทุกข์ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Distress) เป็นภาวะไร้ความหวัง, หมดพลัง, คุณค่าและความหมายของชีวิตรวมถึงหลักในการดำเนินชีวิตถูกบั่นทอน มีชีวิตอยู่ไร้จุดหมาย ขาดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น โกรธ ก้าวร้าว แยกตัว หมกมุ่น มองว่าการเจ็บป่วยเป็นการถูกลดโทษ กระวนกระวาย ขาดความสงบสุข และ

ไม่สามารถเผชิญกับความตายได้ แต่ในผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Needs) ที่เพียงพอ คือ การมีความหวัง ได้รับความรัก การให้อภัยจากคนรอบข้าง ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีความต้องการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่า มีความหมาย รวมถึงการยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความศรัทธา และได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา สิ่งต่าง ๆ นี้จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตายโรคเอดส์ สามารถที่จะเผชิญความทุกข์ทรมานทางร่างกาย จิตใจ ได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างสงบสุขสามารถที่จะเผชิญกับความตายที่จะมาถึงได้^(25,26) มีความหวังอันเป็นแรงผลักดันที่สำคัญของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual Well-Being) ทั้งด้านความผาสุกในการดำเนินชีวิตและความผาสุกในความผูกพันศรัทธาต่อศาสนา⁽²⁷⁾

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

อารมณ์ซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจเศร้าหมองหดหู่ และเศร้าสร้อยซึ่งมีผลให้พฤติกรรมของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อารมณ์ซึมเศร้าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ที่เกิดจากความผิดหวัง ล้มเหลว หรือการสูญเสีย ซึ่งการสูญเสียนั้นอาจเกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือเป็นการสูญเสียในมโนภาพก็ได้⁽²⁸⁾

ภาวะซึมเศร้า⁽²⁹⁾ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุก เพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่อการทำงานและการเรียน โดยมีอาการต่างๆรวมดังนี้

- อาการทางกาย (Vegetative) เช่นรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด ผอมเพลียไม่มีแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ฯลฯ
- พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเซื่องซึม เชื่องช้า (Retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า เสียงเบา และแยกตัว ไม่อยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่ายหรือเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (Agitated depression) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปมา รู้สึกทรมานใจอย่างมาก
- ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้ายมองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจวิตกกังวลไปต่างๆนาๆ ตัดสินใจไม่ได้แม้ในเรื่องเล็กๆน้อยๆ รู้สึกท้อแท้ ท้อถอย รู้สึกตัวเองไร้ค่า หมดหวังหนทางตัน ไม่มีทางออก ไม่เห็นทางแก้ปัญหาทั้งที่ความจริงไม่มีปัญหาแต่ผู้ป่วยคิดไปเองทำให้คิดฆ่าตัวตาย

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety)

ความวิตกกังวล หมายถึงสภาวะไม่สมดุลย์ทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามงาน โดยสาเหตุไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตน ตามการรับรู้กับประสบการณ์ หรือความจริงที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายที่เป็นผลมาจากการมีความขัดแย้ง ความคับข้องใจหรือการที่ต้องเผชิญกับประสบการณ์ใหม่ๆทำให้รู้สึกหวาดหวั่นไม่แน่ใจ⁽³⁰⁾

ความวิตกกังวล⁽³¹⁾ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไปซึ่งมักมีอาการตึงเครียด ระแวงระวัง บางครั้งอาจตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นแรง หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดจะถือว่าเป็นความวิตกกังวล ที่ผิดปกติ (disorders) ต่อเมื่อความวิตกกังวลนี้มีมากจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน หรือเป้าหมายของงานต่างๆ และกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างมาก

จากแนวคิดข้างต้นพอสรุปได้ว่าความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองของจิตใจและร่างกายมีลักษณะของความไม่สุขสบายรู้สึกหวั่นไหวไม่ปลอดภัยเนื่องจากการรับรู้ว่าความสมดุลย์ทางชีวภาพและภาพพจน์ของตนถูกคุกคาม ซึ่งสิ่งคุกคามนั้นอาจเป็นจริงหรืออาจเป็นเพียงการคาดคะเนเท่านั้น⁽³⁰⁾

Terminal Illness

ความหมาย

สันต์ หัตถ์รัตน์⁽³²⁾ ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิตที่ไม่มีโอกาสฟื้นทุพพทุพและไม่มีโอกาสที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตตนเองให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นอีกได้

คาร์สัน (Carson)⁽²²⁾ ได้ให้ความหมายคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะของการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย ระบบต่างๆในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดหรือการรักษาทางยาให้ดีขึ้นได้ ไม่สามารถมีชีวิตหรือทำงานโดยลำพังได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากความอ่อนเพลียและทุพพทุพจากอาการเจ็บปวด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ขาดพลัง ซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายได้

ซอห์นเดอร์ (Saunders)⁽³³⁾ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่มีความทุพพทุพ เจ็บปวดจากการดำเนินของโรคในระยะสุดท้ายไม่สามารถควบคุมและเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ สูญ

เสียการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระดับสติปัญญาลดลง เหนียวกับความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความอ่อนล้า

คาสเทนบาม (Kastenbaum) ⁽³⁴⁾ ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือ ผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถในด้านร่างกาย, มีความเจ็บปวด อ่อนเพลีย และผลกระทบของโรคในหลายระบบของร่างกาย, มีขีดจำกัดและสูญเสียความสามารถในการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น, อนาคต ความหวัง เป้าหมายของชีวิตและความต้องการประสบความสำเร็จถูกแทนที่ด้วยความรู้สึกกลัว ความตายที่จะมาถึง

ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย (The Terminal Stage patient With AIDS) คือผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะสุดท้าย (Advanced HIV disease) ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรคอื่นๆ

1. ส่วนใหญ่พบในกลุ่มคนอายุน้อย (0 – 5 ปี และ 16 – 49 ปี)
2. ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยหลายระบบ
3. มีความทุกข์ทรมานในการมีชีวิตอยู่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
4. ต้องใช้ยาหลายชนิดในการรักษา
5. การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างกะทันหันยากที่จะเตรียมตัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ทัน
6. ต้องการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

แทรกซ้อน ขวยโอกาส

7. มีระยะเวลาของภาวะใกล้ตายที่ยาวนาน
8. มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของโรคและการรักษาในทุกระยะของการดำเนินโรค
9. ผู้ป่วยตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างระยะการดำเนินของโรคกับการรักษาใน

แต่ละระยะ

10. ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะแยกตัวรู้สึกตัวว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น ขาดความรักและความเข้าใจ
11. ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและจากครอบครัว
12. มีปัญหาเกี่ยวกับคู่มรสนำไปสู่การหย่าร้าง

ปฏิบัติการตอบสนองต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (The Dying Process)

Kubler-Ross The Five Stages ⁽³⁵⁾

- ระยะปฏิเสธ (Denial) การปฏิเสธอาจมีหลายระยะ ผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธความจริงอยู่ระยะหนึ่ง แต่บางคนอาจปฏิเสธตลอดการดำเนินโรคหรือจนวาระสุดท้ายของชีวิตก็ได้

- ภาวะโกรธ (Anger) ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธหลังได้รับการยืนยันเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายและต่อต้าน
- ภาวะต่อรอง (Bargaining) ภาวะนี้ผู้ป่วยจะพยายามต่อรองกับแพทย์หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อขอให้ตนมีชีวิตอยู่ได้อีกสักระยะ
- ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นระยะที่แสดงออกถึงความรู้สึกต่อการสูญเสียชีวิตของตนเอง จะแสดงความเสียใจอย่างรุนแรง อ่อนเพลียมาก สับสน เหม่อลอย นอนไม่หลับ ชอบอยู่คนเดียว ร้องไห้ รับประทานอาหารได้น้อย
- ภาวะยอมรับ (Acceptance) ภาวะนี้ผู้ป่วยจะยอมรับความสูญเสียของตนเอง เข้าใจในธรรมชาติของชีวิต ยอมรับความจริง

การเผชิญความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (Coping With Terminal illness)

เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมเพื่อควบคุมความรู้สึกภายในและผลกระทบจากภายนอก เป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตที่มุ่งถึงการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางกาย ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรม และปรับตัวต่อสถานการณ์แวดล้อม ที่ดำเนินไปเพื่อรักษาสมดุลตามระดับสุขภาพในช่วงชีวิตของบุคคล เพื่อให้ความสมดุลย์อยู่ตลอดเวลาในทุกสภาวะการณ์แห่งช่วงชีวิต ทั้งในขณะที่มีสุขภาพปกติกำลังเจ็บป่วยและเมื่อเผชิญกับภาวะใกล้ตาย ความสำเร็จของการปรับตัวช่วยให้ร่างกายและจิตใจมีสุขภาพที่ดีที่ได้รับการช่วยเหลือ เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม และเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ^(15,36) สำหรับการปรับตัวต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ได้ศึกษาตามแนวคิดของ ชาร์เลส คอรั (Chares A.Corr)⁽³⁶⁾ เรียกว่า การปรับตัวขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย (A Task-Based Model for Coping With Dying) แบ่งได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ปรับตัวด้านร่างกาย (Physical Tasks) เพื่อรักษาความสมดุลย์ทางชีวภาพและระบบโครงสร้างของ ร่างกาย ประกอบด้วย การตอบสนองทางร่างกายและลดความทุกข์ทรมานของร่างกายจากการดำเนินของโรครยะสุดท้าย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่มีคุณภาพและเพียงพอ จะช่วยให้เกิดความพึงพอใจขั้นพื้นฐานที่นำไปสู่ความพึงพอใจในขั้นต่อไป
2. การปรับตัวด้านจิตใจ (Mental Tasks) คือการได้รับความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยจากบุคคลรอบข้าง ความเป็นอิสระในตัวเองความมีคุณค่าในชีวิต
3. การปรับตัวด้านสังคม (Social Tasks) คือความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสังคมและสิ่งแวดล้อม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีคุณค่าช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและผู้ป่วยใกล้ตาย โรคเอดส์สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี

4. การปรับตัวด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Tasks) จิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคล เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความต้องการ 3 ด้าน คือ การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมายสามารถให้ความรักและให้อภัยผู้อื่นในขณะเดียวกัน ต้องการรับความรักและการให้อภัยจากผู้อื่น รวมถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่บุคคลเชื่อมั่น ศรัทธา ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานทางด้านจิตวิญญาณ การได้รับการตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เพียงพอจะช่วยให้เกิดความหวัง การมีคุณค่าในชีวิต พบความสุข เผชิญกับโรคและความตายได้อย่างผาสุก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยหรือลักษณะของปฏิกิริยาทางจิตใจและความรุนแรง⁽³⁷⁾

การปรับตัวและปฏิกิริยาทางจิตใจหรือพฤติกรรมนั้นมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 3 อย่าง คือ

ก. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่

1. ระยะเวลาของโรคอาการและตำแหน่งของโรค เช่น

- วิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคเอดส์เนื่องจากตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยง

- ตรวจเลือดและให้ผลการตรวจเป็นลบ

- ตรวจเลือดและให้ผลการตรวจเป็นบวก

- เริ่มมีอาการแสดงของการติดเชื้อเอดส์

- ป่วยเป็นโรคหรือมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์

- อยู่ในระยะสุดท้ายของการป่วยเป็นโรคเอดส์

2. การรักษาและผลการรักษา

3. การสูญเสียภาพลักษณ์และสมรรถภาพ

4. ความช่วยเหลือและท่าทีของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ข. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะตัวของผู้ป่วย ได้แก่

1. บุคลิกภาพและความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา

ลักษณะการปรับตัวต่อวิกฤติการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านมาในอดีตเป็นสิ่งที่ช่วยบอกถึงแนวโน้มการปรับตัวของผู้ป่วยต่อปัญหาในปัจจุบัน เช่น ผู้ป่วยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อจนปัญญาในการแก้ปัญหาในอดีตจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายครั้งนี้อย่างยิ่ง

หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะท้อแท้ไปสู่ปัญหาที่เคยประสบมาโดยตลอด ก็จะมีปฏิกิริยาต่อการเจ็บป่วย หรือการติดเชื้อเอดส์ในลักษณะเดียวกันคือ รู้สึกท้อแท้ ลึกลับไม่มีทางออก ส่วนผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพ และการปรับตัวดีมาก่อนก็อาจยอมรับและหาทางแก้ไขปัญหาย่างเหมาะสม

2. สภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะนั้น

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านจิตใจอยู่ก่อนแล้ว เช่น มีความเครียด วิตกกังวล มีซึมเศร้า หรือมีความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือกำลังมีปัญหาในชีวิตอยู่ขณะนั้นมากอยู่แล้ว อาจปรับตัวต่อปัญหาวิกฤติการณ์ในชีวิตที่เพิ่มขึ้นอีกเรื่องหนึ่งไม่ดีเท่าผู้ที่มีสภาพจิตปกติ

3. ภัยของผู้ป่วย ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว

เมื่อรู้ว่าตนเองติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ ขณะยังอยู่ในวัยหนุ่มสาวเพิ่มเริ่มสร้างฐานะมีครอบครัวและต้องรับผิดชอบคู่สมรสและบุตร จะก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและทำได้ยาก ปฏิบัติทางจิตใจจะรุนแรงมากกว่าในคนที่มีความอายุมากแล้ว บุตรหลานมีครอบครัวที่ตนเองไม่ต้องรับผิดชอบแล้ว

4. การเตรียมใจในการรับรู้ความจริง

ผู้ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนว่าตัวเองจะติดเชื้ออาจมีปฏิกิริยารุนแรงมากกว่าผู้ที่มีการเตรียมใจมาก่อนหรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองติดเชื้อได้

5. ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจเลือดให้ผลบวกและป่วยเป็นโรคเอดส์ ถ้ามีความเข้าใจผิด เช่น ตรวจเลือดบวกเป็นเอดส์แล้ว ตัวเองจะต้องตายในระยะเวลานั้นก็อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้มาก

ค. ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น

1. ความเข้าใจและการยอมรับ รวมทั้งความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัวและคนใกล้ชิด

2. การช่วยเหลือจากสังคม และทางการแพทย์ที่มีให้กับผู้ป่วย

3. ทักษะคติในชุมชนหรือในสังคมนั้น ๆ ที่มีต่อการติดเชื้อที่มีการแสดงความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือมีความเข้าใจและยอมรับมากน้อยเพียงใด

4. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสถานภาพทางการเงิน เช่น ต้องถูกออกจากงาน ไม่มีเงินทองพอสำหรับบำบัดรักษาเมื่อมีอาการแทรกซ้อน ภาวะที่ต้องประกอบอาชีพขายบริการต่อไป เพราะไม่มีทางเลือกทางอื่น จะก่อให้เกิดความกังวลใจ และคับข้องใจได้ยาก

การให้บริการปรึกษาและให้การช่วยเหลือด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะปัญหาแต่ละช่วงและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย ตั้งแต่เป้าหมายที่คาดหวังจากการให้บริการปรึกษา จนถึงวิธีการและเทคนิคที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

ปฏิบัติการทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอดส์ที่พบบ่อย⁽³⁷⁾

1. ก่อนการตรวจเลือด

ความวิตกกังวลเป็นปฏิบัติการทางจิตใจที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไปของมนุษย์เราที่มีต่อความเสี่ยงและอันตรายที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ การตอบสนองต่อความวิตกกังวลของแต่ละคนอาจมีลักษณะต่าง ๆ กันไป เช่น

- หวาดกลัวจนไม่กล้าเผชิญกับความจริง แต่ก็ยังกังวลอยู่ตลอดเวลา
- พยายามไม่นึกถึงปัญหานี้หลีกเลี่ยงการตรวจเลือดโดยใช้เหตุผลต่าง ๆ เช่น “รู้ไปก็ไม่มีความประโยชน์” คงไม่เป็นเพราะป้องกันอย่างดี
- สงงะจิตสองใจ ด้านหนึ่งก็อยากเจาะเลือดตรวจเพื่อทราบความจริงให้ชัดเจนเสียที อีกด้านหนึ่งก็กลัวที่จะรับรู้ความเสี่ยงกลัวจะทำใจไม่ได้
- ปฏิเสธว่าตนเองมีความเสี่ยง แต่มาตรวจเลือดเพื่อความสบายใจ โดยแน่ใจว่าตนไม่มีโอกาสมีผลเลือดเป็นบวก
- ต้องการทราบความจริงเพื่อลดความวิตกกังวล และกำหนดแนวทางในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องต่อไป

ผู้มารับบริการที่มีลักษณะการตอบสนองต่อความวิตกต่าง ๆ กันเช่นนี้ย่อมจะมีปฏิบัติการตอบสนองต่อผลการตรวจเลือด (กรณีตัดสินใจตรวจเลือด) แตกต่างกันและจำเป็นจะต้องได้รับการเตรียมใจก่อนการตรวจเลือดตามลักษณะปัญหาที่ต่างกันออกไป

ปฏิบัติการทางจิตใจที่พบได้อีกประการหนึ่งคือ ความรู้สึกอับอาย เกรงว่าจะถูกมองในเชิงลบ เนื่องจากอคติที่สังคมทั่วไปมีต่อการติดเชื้อเอดส์ กลัวว่าจะมีคนรู้ มีคนมาพบ จะถูกนำไปนินทา ชาวแพร่กระจายไปว่าตนมาขอตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์ จุดนี้เป็นเหตุผลที่ส่งเสริมให้มีบริการตรวจเลือด และให้บริการปรึกษาแบบคลีนิกนิรนามเพื่อลดความกังวลของผู้รับบริการ

ปฏิบัติการอีกอย่างหนึ่งที่อาจพบได้ในคนที่มาขอรับบริการปรึกษา และตรวจเลือดคือ อาการกลัวเอดส์อย่างรุนแรงไม่สมเหตุผล (AIDS Phobia) อาการย้ำคิดย้ำทำเกี่ยวกับการติดเชื้อหรือการเป็นโรคเอดส์ จนถึงมีอาการหลงผิดว่าตนมีเชื้อเอดส์ หรือเป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยบางรายอาจมีกลุ่มอาการเอดส์เทียม (Pseudo AIDS Syndrome) โดยมีอาการวิตกกังวล ซึ่งมีอาการ

แสดงอาการทางกายที่คล้ายอาการเริ่มต้นของเอดส์ เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง มีผื่นขึ้น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด การที่มีอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยยังมีความกังวลใจยิ่งขึ้น และกลัวว่าตนกำลังจะป่วยเป็นโรคเอดส์จริง ๆ มากขึ้นและอาจเกิดอาการทางจิตอื่น ๆ เช่น ซึมเศร้า หรืออาการโรคจิตตามมาได้ ซึ่งพวกนี้มักจะพบว่ามีปัญหาทางจิตเวชอยู่ก่อนแล้ว

2. หลังทราบผลเลือด

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยในระยะนี้คือ ผลเลือดที่ตรวจว่าเลือดเป็นบวกหรือผลเลือดเป็นลบ ในกรณีที่ผลเลือดเป็นลบ ผู้ได้รับแจ้งผลส่วนใหญ่จะโล่งใจ ยิ้มได้และดีใจมาก ผู้ให้บริการปรึกษาหรือแพทย์ผู้แจ้งผลควรทำความเข้าใจกับผู้รับการตรวจเลือดให้ชัดเจนถึงความหมายของผลการตรวจนั้น โดยเฉพาะเรื่อง ระยะฟักตัวหรือ “Window period” และควรดำเนินการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและหาแนวทางกับผู้มารับบริการเพื่อให้สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองได้

ในกรณีที่ผลเลือดเป็นบวกปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์ต่อการทราบผลเลือดจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย ดังได้กล่าวเป็นภาพรวมทั่ว ๆ ไปในตอนต้นแล้ว แต่มีลักษณะที่ซับซ้อนกว่า เนื่องจากลักษณะของโรคเอดส์เอง และผลกระทบทางจิตใจจากสังคมมีมากกว่าโรคมะเร็งกับความจริงว่าตนติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้เกิดโรคร้ายแรงที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี และยังไม่มียาต้านไวรัสที่ เช่น การตัดสินใจบอกความจริงกับคู่สมรสหรือคนรัก หรือครอบครัว ซึ่งอาจหมายถึงการเปิดเผยความลับบางอย่างที่ตนเคยปกปิดไว้ แนวทางปฏิบัติตัวต่อไป การดูแลสุขภาพของตน การดูแลคนใกล้ชิดหรือผู้ที่ตนมีความสัมพันธ์ด้วยให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ รวมทั้งปัญหาการทำงาน และปัญหาเศรษฐกิจอื่น ๆ การให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดจะช่วยให้ผู้มารับบริการสามารถเตรียมตัวไว้ก่อนได้ระดับหนึ่ง และอาจช่วยให้เขาสามารถปรับตัวกับการทราบผลการตรวจเลือดได้ดีขึ้น

ปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อการทราบผลการตรวจเชื้อเอชไอวีให้ผลบวกหรือตัวเองติดเชื้อเอดส์ อาจแบ่งเป็นระยะกว้าง ๆ ได้ 3 ระยะ คือ

ก. ระยะแรกเริ่ม การปรับตัวต่อภาวะวิกฤติ ปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤติการณ์ในชีวิตที่พบบ่อยในระยะแรก คือ ช็อคและการปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง ร่วมกับอาการวิตกกังวลอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกต่าง ๆ กัน เช่น นั่งเงิบเฉย ไม่พูดจาหรืออาจจะพูดว่า “ไม่เชื่อ” “เป็นไปไม่ได้” ขอตรวจซ้ำ ยืนยันว่าตนไม่มีปัจจัยเสี่ยง บางคนอาจแสดงความโกรธและไม่พอใจออกมาพร้อม ๆ กับการปฏิเสธความจริง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะค่อย ๆ ผ่านระยะนี้ไปและยอมรับความจริงได้มากขึ้น

ข. ระยะกลาง ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกหลายอย่างปนกัน และมีการแสดงออกได้ต่าง ๆ กัน อาจมีความรู้สึกโกรธ รู้สึกผิดและลงโทษตนเอง รู้สึกสงสารตนเอง รู้สึกวิตกกังวล และมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงแทรกขึ้นมาได้อีกในบางครั้ง

ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจนึกทบทวนถึงพฤติกรรมของตน ที่ผ่านมา ซึ่งอาจทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ต่ำหนืดตนเองและประเมินค่าตนเองต่ำ โดยเฉพาะถ้าเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกคิดและขัดแย้งอยู่เดิม เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การนอกใจคู่สมรส การใช้จ่ายฟุ้งเฟ้อติดพันติดเข้าเส้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผิดและลงโทษตนเองมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกตัวเองไร้ค่าและแยกจากสังคม อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอยากตาย และเกิดมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกโกรธต่อสิ่งแวดล้อม ล้อมกายนอกและก้าวร้าวต่อบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว บางคนรู้สึกอยากแก้แค้นสังคม มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ มากขึ้น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับคนอื่น ๆ มากขึ้น

ลักษณะอาการที่พบได้บ่อยในระยะนี้ คือ ความวิตกกังวล จะมีอาการคล้าย “post traumatic stress disorder” ความคิดฟุ้งซ่าน ฝันร้ายเกี่ยวกับอาการทางร่างกายมากเกินไป นอนไม่หลับ และวุ่นวายเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Hypochondriasis) ร่วมกับพึ่งพาหน่วยบริการสุขภาพมากผิดปกติ ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวจนยอมรับความจริงและดำเนินชีวิตต่อไปได้ตามปกติมากที่สุด

ค. ระยะปรับตัวและยอมรับความจริง ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ก็จะค่อยยอมรับความจริง และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติมากที่สุดได้ ผู้ป่วยจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตในแง่ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันของตน ยอมรับว่าตนเองติดเชื้อ และอาจมีโอกาสรักษาหายแต่ก็ยังสามารถตั้งความหวังว่าตนเองมีการเปลี่ยนแปลงในอนาคตที่ทำให้ตนมีความหวังในการหายจากโรคนี้ได้ ผู้ป่วยที่ปรับตัวได้ดีมักจะพยายามตัดกังวลถึงเรื่องอนาคตและใช้ชีวิตปัจจุบันให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. เมื่อเริ่มมีอาการหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์

ปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยในระยะเริ่มมีอาการที่จะคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาที่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคร้ายแรง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับปฏิกิริยาต่อการทราบผลเลือดเป็นบวก ดังได้กล่าวไว้แล้ว และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จะมีขั้นตอนการปรับตัวในระยะสุดท้าย คือ การเตรียมตัวเพื่อรับมือกับความตาย ซึ่งแนวความทุกข์ทางจิตใจที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ จะเหมือนกับที่พบในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และตรงตามระยะจิตวิทยาสังคม (Psychosocial Phase) ของการเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการระดับความทุกข์ใจพบว่าสูงกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจเป็น

เพราะเป็นระยะที่ตรงกันกับการตรวจพบในระยะ “วิกฤติแห่งการอยู่รอดก่อนการวินิจฉัย” ว่าเป็นมะเร็งซึ่งมีลักษณะเด่น คือ มีความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับสูง ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการ จะสัมพันธ์กับความไม่แน่ใจเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนการในอนาคตระยะยาวบนพื้นฐานของการสัณนิษฐานเอาว่าตนเองยังมีสุขภาพดีและอยู่ได้อีกนานหรือไม่ หรือคาดหวังล่วงหน้าว่าการป่วยของตนจะกำเริบต่อไปเป็นเอดส์ และจบชีวิตลงในระยะเวลาอันใกล้ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความทุกข์ทางจิตใจลดลงไปมากเมื่อกลายเป็นเอดส์ เพราะเขาารู้แล้วว่าตนเองเป็นอย่างไร จะยอมรับและปรับตัวเพื่อรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น

การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

จากการที่ปัญหาโรคเอดส์ในปัจจุบัน กลายเป็นปัญหาที่กำลังวิกฤตมาก ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ประสบปัญหาประการสำคัญคือ คนในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังกลัวและรังเกียจผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากถูกทอดทิ้งจนต้องเสียชีวิตไปอย่างทุกข์ทรมาน พระอโศกติกขปัญโญ และองค์พระพุทธรศาสนิกสัมพันธ์เพื่อสังคมได้ตระหนักถึงปัญหาอันวิกฤตนี้ จึงเริ่มดำเนินงานโครงการธรรมรักษานิเวศน์และโครงการรักษามนุษย์ในเวลาต่อมา โดยโครงการธรรมรักษานิเวศน์เป็นโครงการต้นแบบบ้านพักสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยวิธีทางพุทธแห่งแรกในประเทศไทย ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีการใช้หลักความเมตตาและมนุษยธรรมที่พึงมีต่อกันเป็นปรัชญาพื้นฐานของโครงการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ.2535 เป็นต้นมา ในเวลาต่อมาพบว่า มีผู้ติดเชื้อระยะไม่ปรากฏอาการและผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์มารับการบำบัดร่วมด้วย โดยทางโครงการไม่สามารถปฏิเสธการรับผู้ติดเชื้อได้ ต่อมาจึงได้ให้การบำบัดแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกระยะของโรค โดยจะรับผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ไว้บำบัดภายในโครงการ

นอกจากนี้ยังมีดูแลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อทั้งสองโครงการ อันประกอบด้วย การปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์บูชาพระรัตนตรัย การทำวัตร การทำสมาธิ เพื่อขัดเกลาจิตใจให้มีจิตใจหนักแน่น สงบ เยือกเย็น คิด-พูด-กระทำในสิ่งที่ดี ผู้ติดเชื้อเอดส์จะได้รับการเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนจะต้องประสบกับ เกิด แก่ เจ็บ ตาย หมุนเวียนเป็นวัฏจักร เมื่อบุคคลเข้าใจ ยอมรับ และยึดมั่นในสัจธรรม เช่นนี้ก็จะสามารถทำใจให้สงบมั่นคงและเป็นสุขตามสมควร แม้จะมีความทุกข์จากความเจ็บป่วย มีจิตปล่อยวาง เกิดปัญญาที่จะหาทางออกให้แก่ปัญหาของชีวิตที่กำลังประสบอยู่ มีชีวิตอยู่อย่างไม่สิ้นหวัง มีศรัทธาและแรงกล้าที่จะแสดงออกในเรื่องที่เป็นการคาดหมายถึงอนาคตของตน

ส่วนแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ทางด้านจิตใจและด้านสังคม อันประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกันและกันของผู้ติดเชื้อเอดส์ในยามเจ็บป่วย หรือการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เกิดความรู้สึกคุ้นเคย ใกล้ชิด และรักใคร่ผูกพันกัน มีโอกาสพูดคุยให้ความช่วยเหลือในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เรียนรู้การเสียสละเพื่อส่วนรวม รู้ว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น สามารถเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งเปรียบเสมือนว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากการมีส่วนร่วมทำกิจกรรมในโครงการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นันทิกา ทวีชาชาติ และวรรธนี จันทร์พัฒนา⁽³⁸⁾ ศึกษาอาการทางจิตที่พบได้ในโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบว่า เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีอาการความผิดปกติทางจิต เนื่องมาจากสาเหตุความผิดปกติของสมอง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากภาวะแทรกซ้อนของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องต่อระบบประสาทส่วนกลาง แสดงออกมาได้ 2 รูปแบบ คือ ภาวะเพ้อคลั่ง (Delirium) และภาวะจิตเสื่อม (Dementia) ซึ่งพบได้บ่อยกว่า 2) กลุ่มที่มีอาการความผิดปกติทางจิตแสดงออกมาจากปฏิกิริยาตอบสนองเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมักจะแสดงออกในรูปของอารมณ์ที่ผิดปกติ เช่น อารมณ์เศร้า (Depression) และการปฏิเสธความเจ็บป่วย (Denial)

สุดถนอม รอดอ่วม⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์และความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการได้รับคำปรึกษาเรื่องเอดส์ และตัวแปรอื่น ๆ เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว การมีบุตร รายได้ โดยศึกษาผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 60 คน ใช้แบบสัมภาษณ์และแบบวัดความวิตกกังวลของซุง ผลที่ได้พบว่า หลังจากได้รับคำปรึกษาครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (63.3%) และภายหลังได้รับคำปรึกษาครั้งสุดท้ายความวิตกกังวลจะลดลงสู่ระดับต่ำทั้งหมด 100% จำนวนครั้งของการให้คำปรึกษากับระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานะ การสมรส สถานภาพในครอบครัว การมีบุตร รายได้ กับความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กัน

บังอร ศิริโรจน์ และคณะ⁽⁴⁰⁾ ศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยศึกษาเชิงคุณภาพเป็นเวลา 10 เดือน ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indept interviews) ผู้ติดเชื้อที่เป็นประชาชนทั่วไป 16 ราย เป็นชายโสด 8 ราย คู่สามีภรรยา 8 ราย พบว่าหลังจากที่ได้รับทราบผลการติดเชื้อแล้ว ภาพรวมของขบวนการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อมีแบบแผนกว้าง ๆ ที่แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ระยะการปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ระยะของการดำเนินชีวิตในสภาพผู้ติดเชื้อ และระยะการเผชิญในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัจจัยสำคัญที่ช่วยในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในแต่ละระยะเป็นไปได้คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างโดยเฉพาะคนในครอบครัว และยังพบว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะเครียดสูง และประสบปัญหาในการปรับตัวมาก แต่ผู้ที่จะได้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่นต้องผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมากับบุคคลนั้น ๆ ก่อน โดยผู้ติดเชื้อจะต้องประเมินแล้วว่าถ้าเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแล้วจะเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย สิ่งที่เป็นตัวกำหนดว่าผู้ติดเชื้อจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมากับใครหรือไม่คือ บทบาทหรือสถานภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อที่มีต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ทราบ และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อมากแต่ที่ปรากฏอยู่ตามธรรมชาติ ยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้เกิดประโยชน์เต็มศักยภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ แต่อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานใด ๆ ควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย

พัชรี ตั้งตุลยางกูร⁴¹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้ากับความกังวลใจ เกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบทางการเจ็บป่วย และปัญหาการเงิน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยจำนวน 180 คน ที่โรงพยาบาลศิริราช วัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าขณะเจ็บป่วยทางกาย สอบถามความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม, วัดแรงสนับสนุนทางสังคม, วัดความรุนแรงของโรคและประเมินผลกระทบของการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .01$ ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $\leq .01$

หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์ และสาธิตา โค้วบุญงาม⁽³⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับการติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อเอชไอวีพร้อมกันทั่วประเทศจากหน่วยงานสุขภาพจิตรวม 14 หน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจเลือดทั้งสิ้น 11,833

ราย มีผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อเอชไอวี 169 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.43 ผู้ป่วยที่สามารถนำมาศึกษา มีจำนวน 92 รายจาก 169 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ชาย 80 ราย หญิง 12 ราย) พบมากในช่วงอายุ 21-40 ปี มีอายุเฉลี่ย 28.77 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ไม่มีรายได้ มีภูมิลำเนาอยู่นอกเขตเมือง อยู่ในภาคกลางมากที่สุด ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (IQ 63-89) และยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ ก่อนจะทราบผลแล้วจะมีความกังวลเพิ่มจำนวนขึ้น (54.10%) แต่ยังมีผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งที่ไม่รู้สึกวิตกกังวลอะไรมากนัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่ม Functional Psychosis มากที่สุด (55.57%) ส่วนใหญ่เป็น Schizophrenia รองลงมาเป็นกลุ่ม Organic Mental Disorder (40.21%) และเป็น Neurosis (3.26%) ซึ่งในกลุ่ม Organic Mental disorder และ Neurosis จะมีความกังวลเมื่อรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่ม Functional Psychosis และผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (97.82%)

จิตรา เจริญภัทรภัสส์⁽⁴²⁾ ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ความรู้ ความเข้าใจโรคเอดส์ของครอบครัว โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง 100 ราย จากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เฉพาะที่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลและพาผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD ใช้แบบสอบถามสัมภาษณ์ด้วยตนเองพบว่า สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3-6 คน ฐานะอยู่ในระดับพอกินพอใช้ ความเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (40%) ระยะเวลาการดูแล 1 ปี (24%) ความรู้สึกต่อผู้ป่วย มีความรู้สึกเห็นใจ สงสารและให้อยู่ร่วมกันได้ (88%) ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง โดยสมาชิกในครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนในด้านทำให้ความรู้สึก สงสาร เห็นใจ เข้าใจและยอมรับผู้ป่วยเอดส์ว่ายังมีความสำคัญต่อครอบครัว แต่สัมพันธภาพกับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลงบ้างหลังจากเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งจะส่งผลทำให้วิถีชีวิตในครอบครัวด้านต่าง ๆ เปลี่ยนไป และโดยส่วนใหญ่แล้วสมาชิกในครอบครัวยังรู้สึกยินดี และมีความสุขที่ผู้ป่วยได้กลับมาอยู่บ้าน ยังคงให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด สภาพเศรษฐกิจพบว่า ครอบครัวจะต้องมีภาระเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง นอกจากนี้ครอบครัวยังขาดรายได้ในส่วนที่ผู้ป่วยหามาได้เป็นเหตุให้รายได้ที่เคยได้รับน้อยลง แต่รายจ่ายกลับเพิ่มขึ้น ครอบครัวซึ่งตกอยู่ในภาวะของการมีหนี้สิน และยังพบว่าต้องใช้บริการสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลเพื่อขอลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล

รัตนา มุขธระโกษา⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากผู้ติดเชื้อ 174 ราย ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับเรื่องทางสังคม เศรษฐกิจ โรค ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ทักษะคติ การปฏิบัติตัวของผู้ใกล้ชิดพบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์กับความคิด ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกที่ดีขึ้นจากเมื่อแรกทราบว่าติดเชื้อเอดส์กับปัจจุบันแสดงให้เห็นการปรับตัวของผู้ติดเชื้อว่าส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่ ความรู้สึกหวาดกลัว ผิดหวังและอ่อนเพลียง่ายมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนของการดำเนินโรค กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการมีความรู้สึกดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการ ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตใจในเรื่องการยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ติดเชื้อจำนวนไม่น้อยที่ไม่กล้าบอกเรื่องการเจ็บป่วยโรคนี้ต่อผู้ใกล้ชิด ดังนั้นผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจจึงมีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ สาเหตุที่ผู้ติดเชื้อไม่กล้าบอกก็เพราะกลัวว่าเมื่อผู้ใกล้ชิดรู้ความจริง ผู้ติดเชื้ออาจจะสูญเสียความรัก ความอบอุ่น และความเข้าใจจากบุคคลเหล่านั้น และอาจถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน⁽⁴⁴⁾ ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน จำนวน 300 คน เป็นผู้ป่วยนอกที่สถานบำบัดโรคผิวหนังกรุงเทพฯ สถานบำบัดโรคผิวหนังบางเขน ผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลพระประแดง และผู้ป่วยภายในนิคมโรคเรื้อนแพรงชาหย่ง จันทบุรี โดยวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ได้รับความสนใจจากครอบครัว มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัว และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับความสนใจจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรค มีความซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคปานกลาง มีความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านความวิตกกังวลพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนที่มีความรุนแรงของโรคต่าง ๆ กัน มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อนกลุ่มที่มีความรุนแรงน้อย, ปานกลาง และมาก มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤทธิ⁽⁴⁵⁾ ได้ศึกษาเรื่องสภาวะจิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยศึกษาในรายติดเชื้อเอดส์ที่มีประวัติรักร่วมเพศ จำนวน 6 คน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบลึก พบว่า

ความรู้สึกนึกคิดครั้งแรกที่รู้ว่าติดเชื้อเอดส์ คือ ความเสียใจ ร้องไห้ รู้สึกผิด และบางรายคิดที่จะฆ่าตัวตาย บุคคลในครอบครัวที่ให้การปลอบใจให้กำลังใจส่วนมากเป็นสตรีเพศ คือ มารดา พี่สาว และน้องสาว ทำให้เขามีกำลังใจสิ่งที่เขาต้องการคือ ความเข้าใจ การยอมรับ และสัมพันธภาพที่ดี จากสมาชิกในครอบครัว และผู้ที่ให้การดูแลด้านสุขภาพอนามัย

วิไล คุปต์นิวัติศัยกุล⁽⁴⁶⁾ ศึกษา ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฟิการไทย จำนวน 108 ราย พบว่า 44 ราย มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นค่าความชุกร้อยละ 40.7 โดยใช้ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)

เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์⁽⁴⁷⁾ ศึกษาการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในโครงการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของจังหวัดเชียงราย จำนวน 130 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เพศ การเคยป่วยหนักของผู้ติดเชื้อเอดส์ ความสามารถในการปฏิบัติภารกิจสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการมีเครือข่ายระดับความช่วยเหลือทางสังคม สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างอำเภอในการได้รับตามความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในแต่ละด้าน พบผู้ติดเชื้อเอดส์ในแต่ละอำเภอได้รับความต้องการในด้านเกื้อหนุนจากสังคมแตกต่างกัน และพบว่าระยะเวลาที่รู้ตัวว่าติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 38

อรทัย โสมนรินทร์⁽⁴⁸⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล โดยกลุ่มตัวอย่างที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลบาราศนราดूर 160 คน พบว่า ผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลต่ำ มีระดับการศึกษาสูง ระยะเวลาดูแลที่นาน และรายได้ครอบครัวต่อเดือนสูง จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมาก

มารยาท วงษาบุตร⁽⁴⁹⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 70 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .001 และพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 70 และผู้ร่วมงานรังเกียจ ร้อยละ 55.7

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย⁽⁵⁰⁾ ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 120 คน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาของ นิตยา คงชุม⁽⁵¹⁾ ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ซึ่งมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และมีบุตรร้อยละ 78.2 ซึ่งครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดโดยเฉพาะการสนับสนุนจากคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง

นิตยา คงชุม⁽⁵¹⁾ ศึกษาบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยศึกษาผู้ป่วยนอกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพค่อนข้างสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนสามารถเผชิญอาการและควบคุมอาการไม่สุขสบายจากโรคมะเร็ง ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด การนำแหล่งประโยชน์มาใช้ได้อย่างเหมาะสม พบว่าผู้ป่วยมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ที่ตนได้รับข้อมูล คำแนะนำ สิ่งของความเอาใจใส่ด้านอารมณ์และการช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ

เอี่ยมพร กาญจนรังสิชัย⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อกับสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาสูบในทางเส้นเลือด ที่เข้ามารับการบำบัดรักษาในชั้นถอนพิษที่โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลตากสิน ผลการวิจัยพบว่า ในเครือข่ายทางสังคมของผู้เสพติดนั้น กลุ่มทางสังคมที่ให้ความช่วยเหลือกันส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มครอบครัว เครือญาติ ส่วนความช่วยเหลือด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการป้องกันโรคเอดส์อีกด้วย

อัมพร ศิวาลัย⁽⁵³⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่าเมื่อมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

จากผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม ไปให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การปรับตัวแก่ผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้าลดลง และมีความพึงพอใจต่อบริการของสถานสงเคราะห์มากขึ้น

Leserman et al.⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่มีอาการ 52 คน และชายรักร่วมเพศที่ไม่ติดเชื้อ 53 คน พบว่า ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้มีวิธีการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น มีการดำเนินชีวิตที่ดี และแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม

Hooker K. และคณะ (อ้างในสรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์)⁽⁵⁵⁾ ทำการศึกษาอิทธิพลของบุคลิกภาพที่มีผลต่อสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาพกาย และใจของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสกับผู้ป่วย พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาพกายและใจของผู้ดูแลระหว่างโรคอัลไซเมอร์ และโรคพาร์กินสัน ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ ทั้งในทางตรงและทางอ้อม โดยบุคลิกภาพส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางด้านสุขภาพกายบุคลิกภาพได้ส่งผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญในการเปรียบเทียบระหว่างโรค

Diana O. Perkins. et al.⁽⁵⁶⁾ ได้ศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการ 58 คน และชายรักร่วมเพศที่ไม่ติดเชื้อ 53 คน พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ มี personality disorder 33% และพบว่าในกลุ่มนี้มี depress และ Anxiety สูง โดยใช้ The Hamilton Rating Scale

Constantine G. Lyketsos et.al⁽⁵⁷⁾ ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าและการเข้าสู่โรคเอดส์ระยะสุดท้าย ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 911 ราย จากอาสาสมัครที่ติดเชื้อทั่วสหรัฐอเมริกา ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ โดยวัดภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ตั้งแต่ไม่มีอาการเศร้า, เศร้า, เศร้าปานกลาง และเศร้า รุนแรง โดยใช้ The Center for Epidemiologic Studies Depressive Scale (CES-D scale) พบว่าหลังได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อ เอชไอวี จนถึงระยะของการมีอาการโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ

Richard Neugebauer. et.,al⁽⁵⁸⁾ การศึกษาปฏิบัติการการสูญเสียของผู้ติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 207 คน วัดภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression พบว่าผู้ติดเชื้อทุกรายมีอาการ ซึมเศร้า ระดับอาการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การสูญเสียในอดีต

Dobra E.Lynon, Janet B.Younger ⁽⁵⁹⁾ การศึกษาการมีเป้าหมายในชีวิตกับอาการซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางตะวันออกเฉียงใต้ของสหรัฐอเมริกา จำนวน 123 ราย โดยศึกษาระดับซึมเศร้า CES-O และสอบถามเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ พบว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่มีเป้าหมายในชีวิตระดับสูง จะมีระดับความซึมเศร้าต่ำ

Ronald C.Kessler et.,al ⁽⁶⁰⁾ ศึกษาภาวะวิกฤตในชีวิตและอาการเริ่มต้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ จำนวน 1,011 ราย เพศชายกลุ่มรักร่วมเพศ ศึกษาการดูแลตนเอง, ผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ผลการศึกษาพบว่าภาวะวิกฤตในชีวิตจากผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจและสังคม มีผล ทำให้มีอาการป่วยทางร่างกายรุนแรงมากขึ้น

ในการศึกษาวรรณกรรมในต่างประเทศในเรื่องฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยก่อนฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงดังนี้

Peter M.Marzuk et.,al ⁽⁶¹⁾ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น ในผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติฆ่าตัวตาย จำนวน 668 คน คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 9.29 ต่อแสนประชากร เพศชายมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ และการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ จำนวน 3,475 คน มีอาการทางจิตซึมเศร้าและสับสน พบว่ามีการฆ่าตัวตาย เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 20-59 ปี คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 18.75 ต่อแสนประชากร การติดเชื้อเป็นการเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

Harvey Max Chochinov et. Al ⁽⁶²⁾ ศึกษาความต้องการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 200 คนโดยการสัมภาษณ์ ถึงความต้องการตาย ประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะความเจ็บปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าความต้องการตายมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บปวด และแรงสนับสนุนทางสังคม สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ที่ต้องการตายมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 58.8 และผู้ที่ไม่ต้องการตายมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.7 สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่ต้องการตาย จะมีภาวะซึมเศร้า และความเจ็บปวด สูง มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

Jones, James R. and Dilley, James W. ⁽⁶³⁾ ศึกษาผลกระทบในผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย พบว่า 32% มี mild depression และ 24% มี moderate depression และ 18% มีความคิดฆ่าตัวตาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional descriptive design) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Targeted population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการช้ำของภูมิคุ้มกันเสื่อม⁽⁸⁾ ที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

ประชากรตัวอย่าง (Population to be Sample) คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

1. มีความรู้สึกตัวดี รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ สามารถพูดกับผู้วิจัยได้ ไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรับทราบผลเลือด
2. เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อโรคเอดส์ และมีอาการช้ำของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมโดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ 1 ใน 25 โรค ตามการวัดกลุ่มโรคของ CDC⁽⁸⁾ ซึ่งอาจเป็นระยะเริ่มต้นหรือระยะสุดท้ายของโรค โดยมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์
3. เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ไม่ได้รับยาต้านโรคเอดส์ แต่ได้รับการรักษาตามอาการ และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ที่สุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random Sampling technique) โดยสุ่มตัวอย่างตามอัตราส่วน 3:1 ของผู้ป่วยชายและหญิงตามลำดับ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) คำนวณโดยการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Studies)

$$\text{โดยใช้สูตร} \quad n = Z^2 \alpha_{/2} pq / d^2^{(64)}$$

n = ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$Z \alpha_{/2}$ = ค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางแจกแจงค่าปกติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.5 (ได้จากการทำ pilot study)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

q = 1- p มีค่าเท่ากับ 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2} = \frac{0.9604}{0.01} = 96.04$$

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดจากการไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามซึ่งคาดว่าจะมีประมาณ 10% ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้ทั้งสิ้น 106 คน เป็นผู้ป่วยชาย 79 คน ผู้ป่วยหญิง 27 คน เนื่องจากผู้ป่วยที่อาศัยในบ้านพักของวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี มีประมาณ 119 คน เป็นชาย 82 คน หญิง 37 คน จึงทำทุกรายที่อยู่ในบ้านพัก

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอดส์, ปัจจัยเสี่ยง, ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา ฯลฯ (ในภาคผนวก)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS)⁽⁶⁵⁾ เพื่อคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า ซึ่งแปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaitth โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ

HADS เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตัวเองประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นถามสำหรับ อาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือ ข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับ อาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด

การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert Scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนน แยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดย

คะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มี ความผิดปกติทางจิตเวช

คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (Doubtful Cases)

คะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าผิดปกติทางจิตเวช (Case)

การหาความเที่ยงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

โดยการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ พบว่า สามารถใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าได้ดี ถ้าใช้ cut-off point ที่คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชจะมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 100 และความจำเพาะ = (specificity) เท่ากับร้อยละ 86 สำหรับอาการวิตกกังวล และมีความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 85.71 และความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 91.3 สำหรับอาการซึมเศร้า⁽⁶⁵⁾

สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่า ค่าถามสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 subscale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า alpha coefficients เท่ากับ 0.8551 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ depression sub-scale โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 60 ราย⁽⁶⁵⁾

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ในการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า alpha coefficients เท่ากับ 0.7345 สำหรับ anxiety sub-scale และ 0.7741 สำหรับ depression sub-scale

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ MPI (The Maudsley Personality Inventory) โดย H.J. Eysenck (อ้างในประจิตต์ ประจักษ์จิตต์⁽⁶⁶⁾) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ เป็น self-rating scale โดยให้ ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับลักษณะนิสัยของตนเอง โดยตอบ “ใช่” “?”(ไม่แน่ใจ) และ “ไม่ใช่” แบ่งเป็น Extraversion – Introversion Scale ประกอบด้วย ข้อคำถาม 24 ข้อ และ Neuroticism-Stability Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ บุคลิกภาพแต่ละแบบมีลักษณะดังต่อไปนี้

Extraversion - เปิดเผย หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่ชอบเข้าสังคม ทำอะไรไม่ใคร่ระมัดระวัง ชอบกิจกรรมที่ให้ความตื่นเต้น สนุกสนาน ร่าเริง ไม่จำเจ มองโลกแง่ดี และเป็นคนที่แสดงอารมณ์และความรู้สึกอย่างเปิดเผย

Introversion - เก็บตัว หมายถึง ลักษณะบุคลิกภาพที่ตรงข้ามกับเปิดเผย คือ ชอบเก็บตัวทำอะไรเต็มไปด้วยความระมัดระวังและมักมีแผนการล่วงหน้า อาจเป็นคนเอาจริงจัง เจ้าระเบียบ ไม่ใคร่แสดงอารมณ์ความรู้สึก ไม่ชอบกิจกรรมที่ตื่นเต้นโลกเอน และอาจมองโลกในแง่ร้าย

Neuroticism – หวั่นไหว หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย คิดมาก มีความไม่มั่นคงที่จะเป็นโรคประสาทได้ง่ายเมื่อมีปัญหาสะท้อนอารมณ์ และมีการบ่นถึงอาการทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวล

Stability - มั่นคง หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาพจิตดี และตรงข้ามกับ Neuroticism

การตรวจให้คะแนน

การตรวจให้คะแนน แบ่งเป็น 2 scale คือ scale-E และ scale-N ตามคู่มือที่กำหนดไว้แต่ละ scale แต่ถ้าตอบตรงกับ scale ใด scale หนึ่งในแต่ละข้อในช่อง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จะได้คะแนนข้อละ 2,0 คะแนน แต่ถ้าตอบ “?” จะได้ข้อละ 1 คะแนน และหากผู้ตอบตอบในช่อง “?” มากกว่า 10 ข้อ ถือว่าคำตอบในฉบับนั้น ไม่สามารถนำมาประเมินได้ ให้ทำการทดสอบซ้ำโดยผู้ทดสอบอ่านให้ผู้รับการทดสอบฟังแล้วให้ตอบทีละข้อจนจบ นำคะแนนดังกล่าวมาเทียบกับคะแนนเฉลี่ยเพื่อดูว่ามีบุคลิกภาพเป็นแบบใด

สำหรับการประเมินบุคลิกภาพจะเป็นไปตามแบบเครื่องมือของการทดสอบ MPI คือนำไปเทียบกับคะแนนมาตรฐานของกลุ่มมาตรฐานซึ่งมี 4 แบบ ดังนี้

1. บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือ บุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน

2. บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว(Extraversion) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-E มากกว่ากลุ่มมาตรฐาน หรือ เท่ากับกลุ่มมาตรฐาน

3. บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N มากกว่า หรือ เท่ากับกลุ่มมาตรฐาน

4. บุคลิกภาพที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือบุคลิกภาพที่มีคะแนนใน Scale-N ต่ำกว่ากลุ่มมาตรฐาน

ความตรง (Validity) ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ MPI

Bening ได้หาค่าความตรง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่าใน Scale วัดด้านการแสดงตัว-เก็บตัว มีค่าความตรงเท่ากับ 0.64-0.78

ความเที่ยง (Reliability) ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ

Knowles หาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Test-retest มีค่า 0.77

ประจิดต์ ประจักษ์จิตต์⁽⁶⁶⁾ หาค่าเที่ยงด้วยวิธี Test-retest กับกลุ่มนักเรียนนายเรืออากาศ จำนวน 59 นาย ได้ค่าความเที่ยงของ Scale-E เท่ากับ 0.91 Scale-N เท่ากับ 0.90

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า scale – E เท่ากับ 0.6668, scale – N เท่ากับ 0.6999

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire:PRQ Part II) ของแบร์นและไวน์เนอร์ (Beand and Weinert) (อ้างใน สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์)⁽⁵⁵⁾ จำนวน 25 ข้อ เป็น Self-rating scale 5 ระดับ พิจารณา 5 องค์ประกอบคือ

- การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) 6,8,9,16,18
- การได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำ(Assistance and Guidance) 4,14,15,22,25
- การมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดูผู้อื่น(Opportunity for Nurturance) 7,12,17,21,24
- การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตนเอง (Self-Worth) 2,3,5,13,23
- ความผูกพันใกล้ชิด(Intimacy) 1,10,11,19,20

ในคำถามเชิงบวก (ข้อ 1,2,3,5,6,8,9,11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22,23,25) ให้คะแนนดังต่อไปนี้

- 0 คะแนน = ไม่จริงเลย
- 1 คะแนน = เป็นจริงเล็กน้อย
- 2 คะแนน = เป็นจริงปานกลาง
- 3 คะแนน = เป็นจริงมาก
- 4 คะแนน = เป็นจริงมากที่สุด

และในแต่ละข้อคำถามเชิงลบ (ข้อ 4,7,10,16,24) ให้คะแนนกลับกันคือ 4,3,2,1,0

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

- แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} - 1 \text{ SD}$)
- แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คือ ผู้ที่มีคะแนนแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดลบกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} \pm 1 \text{ SD}$)
- แรงสนับสนุนทางสังคมสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนของแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดรวมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\bar{X} + 1 \text{ SD}$)

สำหรับค่าความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อเท่ากับ 0.8379 (โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค Conbach alpha coefficient : α)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเสนอเรื่องขออนุมัติในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 08.00-16.00 น. พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
3. ทำการเก็บรวบรวมจากผู้ป่วยโรคเอดส์ ในวัดพระบาทน้ำพุ โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในหัวข้อ ข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล แบบทดสอบบุคลิกภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Personal Computer)⁽⁶⁷⁾ ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ Chi – Square test ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเอดส์
3. ใช้สถิติ one-way ANOVA วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิกภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเอดส์
4. ใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient เพื่อหาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเอดส์
5. ใช้สถิติ stepwise multiple regression analysis โดยนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยเอดส์มาหาปัจจัยทำนาย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความชุกของภาวะซีมเศร้ำ ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2) บุคลิกภาพของผู้ป่วย
- 1.3) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซีมเศร้ำและวิตกกังวลในผู้ป่วย

- 2.1) ความชุกของภาวะซีมเศร้ำของผู้ป่วย
- 2.2) ความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย
- 2.3) ความชุกของภาวะซีมเศร้ำ และภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้ำและภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

- 3.1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซีมเศร้ำของผู้ป่วย
- 3.2) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย
- 3.3) ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะซีมเศร้ำ
- 3.4) ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะวิตกกังวล
- 3.5) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้ำและภาวะวิตกกังวลกับ แรงสนับสนุนทางสังคม
- 3.6) ปัจจัยทำนายภาวะซีมเศร้ำ
- 3.7) ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	37	31.09
ชาย	82	68.91
อายุ		
20 – 24 ปี	9	7.56
25 – 29 ปี	26	21.85
30 – 34 ปี	32	26.89
35 – 39 ปี	30	25.21
40 ปีขึ้นไป	22	18.49
(ค่าเฉลี่ย = 33.98)		
สถานภาพสมรส		
โสด	45	37.82
คู่	14	11.76
หย่าร้าง	17	14.29
ม่าย	14	11.76
แยกกันอยู่	29	24.37
อื่นๆ	-	-
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	4.20
ประถมศึกษา	51	42.86
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	34.45
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช./ ปวส.	17	14.29
ปริญญาตรี	5	4.20
ปริญญาโท /เอก	-	-
อื่นๆ	-	-

ตาราง 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา		
ภาคเหนือ	12	10.08
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	26	21.85
ภาคกลาง	66	55.46
ภาคตะวันตก	1	0.84
ภาคตะวันออก	8	6.72
ภาคใต้	6	5.04
อาชีพ ก่อนเข้ารับการรักษา		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	10.08
แม่บ้าน	4	3.36
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	6.72
เกษตรกรรม	2	1.68
นักเรียน / นักศึกษา	1	0.84
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	2.52
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	83	69.75
อื่น ๆ	6	5.04
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท / เดือน)		
ไม่มีรายได้	14	11.77
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	28.57
3,001 - 5,000 บาท	26	21.85
5,001 - 7,000 บาท	23	19.33
7,001 - 9,000 บาท	10	8.40
มากกว่า 9,001 บาท	12	10.08
สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์		
ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	10.08
ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	75.63
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	16	13.45
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	0.84

ตาราง 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ทราบโรคติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	13	10.92
1 - 3 ปี	49	41.18
4 - 6 ปี	37	31.09
7 - 9 ปี	9	7.56
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ค่าเฉลี่ย = 4 ปี 3 เดือน 21 วัน)	11	9.24
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ พักอาศัยอยู่กับ		
อยู่คนเดียว	22	18.49
อาศัยอยู่กับญาติ	29	24.37
บิดา - มารดา	27	22.69
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	9	7.56
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	17.65
อยู่สถานสงเคราะห์ (รวมทั้งวัดและสถานพักพิง)	8	6.72
อื่นๆ	3	2.52
บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด		
ไม่มีใครดูแล	30	25.21
เพื่อน	5	4.20
บิดา/มารดา	27	22.70
สามี/ภรรยา	11	9.24
ญาติพี่น้อง	36	30.25
อื่นๆ	10	8.40
บุคคลที่พามาเข้ารับการรักษาที่วัดฯ		
มาด้วยตัวเอง	25	21.01
บิดา/มารดา	17	14.29
ญาติพี่น้อง	53	44.54
สามี/ภรรยา	4	3.36
เพื่อน	4	3.36
อื่นๆ	16	13.44

ตาราง 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
บุคคลที่ผู้ป่วยต้องรับผิชอบหรือเลี้ยงดู		
ไม่มี	94	78.99
บุตร	17	14.29
คู่สมรส	4	3.36
พี่น้อง	-	-
บิดา/มารดา	3	2.52
อื่นๆ	1	0.84
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด ฯ		
น้อยกว่า 1 เดือน	3	2.52
1 - 6 เดือน	68	57.15
7 - 12 เดือน	23	19.33
มากกว่า 12 เดือน	25	21.00

จากตาราง 1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.91 ของประชากรตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30 – 34 ปี และ 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.89 และ 25.21 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 37.82 การศึกษา อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 มีภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดอยู่ในเขตภาคกลางร้อยละ 55.46 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ ลูกจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 69.75 มีรายได้อยู่ในช่วง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 28.57 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ คือ การได้รับเชื้อโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างเพศ รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 75.63 และ 13.45 ตามลำดับ มีระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นตนเองติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในช่วง 1 – 3 ปี ร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ 4 - 6 ปี ร้อยละ 31.09

โดยก่อนมารับการรักษาที่วัด ฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ ร้อยละ 24.37 รองลงมาอยู่กับบิดามารดา และอยู่คนเดียว ร้อยละ 22.69 และ 18.49 ตามลำดับ มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือ คือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล ร้อยละ 25.21 ในทางกลับกัน ในด้านความรู้สึกที่รับผิชอบต่อครอบครัว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผูกพันและเป็นห่วงครอบครัว หากเลิกได้ยังอยากรับผิชอบดูแลบุตร ร้อยละ 14.29 ดูแลคู่สมรส ร้อยละ 3.36 และในผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าไม่ต้องรับผิชอบดูแลใคร ร้อยละ 78.99 บุคคลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่วัดส่วนใหญ่คือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.54 และมาด้วยตนเอง ร้อยละ 21.01 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือน ร้อยละ 57.15

ตาราง 2 สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท / เดือน)		
ไม่มีรายได้	2	1.68
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	24.37
3,001 - 5,000 บาท	29	24.37
5,001 - 7,000 บาท	22	18.49
7,001 - 9,000 บาท	15	12.60
มากกว่า 9,001 บาท	22	18.49
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
มีรายได้พอใช้	67	56.30
มีรายได้ไม่พอใช้	52	43.70

จากตาราง 2 ครอบครัวส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย อยู่ระหว่าง ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน และ 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.37 เท่ากันทั้งสองช่วง และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ คือ มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.30

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 3 ปฏิบัติการของครอบครัวและผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
ปฏิบัติการของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	10.08
ทราบว่าติดเชื้อ	107	89.92
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	77	71.96
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	30	28.04
ปฏิบัติการของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี		
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	47	39.50
ทราบว่าติดเชื้อ	72	60.50
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	31	43.06
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	41	56.94

จากตาราง 3 ครอบครัวส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 89.92 และยอมรับ เห็นใจ ไม่รังเกียจ ร้อยละ 71.96 ผู้ร่วมงานส่วนใหญ่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60.50 มีปฏิกริยารังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย ร้อยละ 56.94

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 4 เหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (279 เหตุผล)	ร้อยละ
เหตุผลสำคัญที่ทำให้มารับการรักษาที่วัดฯ		
กลัวถูกสังคมรังเกียจ	77	27.57
ไม่มีคนดูแล	63	22.55
กลัวว่าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว	47	16.83
ไม่มีเงินรักษา	44	15.75
สุขภาพไม่ดี	40	14.32
ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง	8	2.86

หมายเหตุ : ผู้ป่วยแต่ละรายมีเหตุผลในการเข้ารับการรักษาที่วัดมากกว่า 1 เหตุผล

จากตาราง 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ คือ กลัวถูกสังคมรังเกียจ ไม่มีใครดูแล กลัวมีผลกระทบต่อครอบครัว และ ไม่มีเงินรักษา ร้อยละ 27.57, 22.55, 16.83 และ 15.75 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 5 อาการและการวินิจฉัย ที่เคยได้รับการรักษาก่อนมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
การรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัด ฯ (คน)		
ไม่เคย	6	5.04
เคย	113	94.96
1 - 2 ครั้ง	81	71.68
3 - 4 ครั้ง	24	21.24
5 - 6 ครั้ง	6	5.32
7 - 8 ครั้ง	1	0.88
มากกว่า 8 ครั้ง	1	0.88
อาการและการวินิจฉัยโรค (ครั้ง)		
อาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์	146	59.12
อาการของโรคเอดส์	99	40.08
อาการอื่น ๆ	2	0.80
- ผ่าตัดกระเพาะอาหาร	1	50.00
- อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ล้ม	1	50.00
สถานที่ที่เคยเข้ารับการรักษา (ครั้ง)		
โรงพยาบาลของรัฐ	229	92.71
โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน	17	6.88
สถานบำบัดอื่น ๆ (ศูนย์ 18 วังताल)	1	0.40

จากตาราง 5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติอาการ และการวินิจฉัยที่เคยได้รับก่อนมารับการรักษาที่วัด ฯ คือ เคยเข้ารับการรักษา ร้อยละ 94.96 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาอยู่ระหว่าง 1-2 ครั้ง ร้อยละ 71.68 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ ร้อยละ 59.12 และ อาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 40.08 โดยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 92.71

ตาราง 6 การรักษาในหอผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)		
ไม่เคย	11	9.25
เคย	108	90.75
1 ครั้ง	94	87.04
2 ครั้ง	6	5.56
3 ครั้ง	5	4.63
4 ครั้ง	3	2.78
(ค่าเฉลี่ย = 1.23 ครั้ง)		
อาการและการวินิจฉัยโรค (รายโรค)		
Pulmonary TB	42	31.59
Chronic diarrhea	21	15.79
Pneumonia	19	14.29
High fever	10	7.52
Weakness	10	7.52
Oral candidiasis	9	6.77
Cryptococcal meningitis	5	3.76
Chronic itching	5	3.76
Cannot eat	2	1.50
Oropharyngeal candidiasis	2	1.50
Herpes zoster	2	1.50
Not define	2	1.50
Eczema	1	0.75
Skin infection	1	0.75
Herpes simplex	1	0.75
Abcess	1	0.75

จากตาราง 6 การรักษาในหอผู้ป่วยภายหลังเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (บ้านวลัยลักษณ์ และ บ้านเมตตา) ร้อยละ 90.75 มีระยะเวลาการนอน อย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 87.04 และ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด มากที่สุดคือ ร้อยละ 31.59 รองลงมา ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเรื้อรัง และ ปอดบวม ร้อยละ 15.79 และ 14.29 ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 7 การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาขณะนี้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์		
Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary	59	49.85
Wasting syndrome (emaciation, slim disease)	36	30.25
Pneumocystis carinii	15	12.61
Cryptococcosis	6	5.04
Candidiasis	1	0.84
Herpes simplex	1	0.84
Pneumonia recurrent (bacteria)	1	0.84
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน		
< 1 ปี	50	42.02
1 – 2 ปี	59	49.58
3 – 4 ปี	7	5.88
> 4 ปี	3	2.52

จากตาราง 7 การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์ ที่ได้รับการรักษาขณะนี้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ป่วยด้วยโรคฉวยโรคปอด รองลงมาคือ กลุ่มอาการสูญเสียน้ำหนักมวลรวมของกล้ามเนื้อ และโรคปอดบวม ร้อยละ 49.58 , 30.25 และ 12.61 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน อยู่ระหว่าง 1 – 2 ปี ร้อยละ 49.58 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.02

จากการวินิจฉัยโรคที่เป็นอาการของโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางกาย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ , การติดเชื้อทางผิวหนัง , การติดเชื้อในช่องปาก และ มีความผิดปกติของกระดูกและข้อ ร้อยละ 29.67 , 23.98 , 15.45 และ 10.98 ตามลำดับ มีความรุนแรงของอาการทางกาย ที่มีผลต่อสุขภาพ คือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 66.39 อาการปวด ร้อยละ 31.09 และ อาการอื่นๆ ร้อยละ 26.88 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร, มีไข้, คั้นตามร่างกาย และไอ หอบเหนื่อย ในด้านการรักษาที่วัดฯ พบว่า เป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้รับยารักษาในกลุ่มยา รักษาฉวยโรค, ยาปฏิชีวนะ, ยาแก้แพ้แก้คัน, และยาระบบทางเดินหายใจ ทั่วไป ร้อยละ 33.68 , 22.11 , 12.63 และ 6.58 นอกจากนี้ ยังได้รับยาเพื่อรักษาตามอาการที่เจ็บป่วย เช่น ยาแก้ปวดลดไข้, ยาระบบทางเดินอาหาร, วิตามิน, ยาระบาย และ ยาหยอดหู-ตา

1.2) บุคลิกภาพของผู้ป่วย

ตาราง 8 บุคลิกภาพของผู้ป่วยแบบ E Scale และ N Scale

บุคลิกภาพ	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
E Scale (Extraversion-Introversion Scale)		
- ชอบเก็บตัว (Introversion)	56	47.06
- ชอบแสดงตัว (Extraversion)	63	52.94
N Scale (Neuroticism-Stability Scale)		
- มั่นคงทางอารมณ์ (Stability)	56	47.06
- อ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism)	63	52.94

E – Scale (Extraversion-Introversion Scale) มีค่าเฉลี่ย = 25 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.60

N – Scale (Neuroticism-Stability Scale) มีค่าเฉลี่ย = 28 , ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.37

เมื่อนำคะแนนไปเปรียบเทียบกับคะแนนค่าเฉลี่ยแล้วจะพบว่า สามารถแบ่งบุคลิกภาพของผู้ป่วยออกได้เป็น 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

- 1) บุคลิกภาพแบบชอบเก็บตัว (Introversion) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน E Scale น้อยกว่า 25
- 2) บุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน E Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 25
- 3) บุคลิกภาพแบบมีความมั่นคงทางอารมณ์ (Stability) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน N Scale น้อยกว่า 28
- 4) บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนน N Scale มากกว่าหรือเท่ากับ 28

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว (Extraversion) ร้อยละ 52.94 และมีบุคลิกภาพแบบ อ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism) ร้อยละ 52.94

1.3) แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ตาราง 9 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ	12	10.08
แรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	89	74.79
แรงสนับสนุนทางสังคมสูง	18	15.13

แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ย = 54 , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12

แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ระดับ ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่า 41 คะแนน ($\bar{X} - 1 \text{ S.D.}$)
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 41 - 66 คะแนน ($\bar{X} \pm \text{S.D.}$)
- ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คือ ผู้ป่วยที่ได้คะแนนในแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า 66 คะแนน ($\bar{X} + 1 \text{ S.D.}$)

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยโดยรวมส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.79 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 15.13 และผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ร้อยละ 10.08

ส่วนที่ 2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคเอดส์

2.1) ความชุกของภาวะซึมเศร้า

ตาราง 10 ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า	69	57.98
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า	50	42.02
- กลุ่มที่ผิดปกติทางจิตเวช	3	2.52
- กลุ่มที่ซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติทางจิตเวช	47	39.50

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.98 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.02 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.52 และผู้ป่วยซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 47 คน คิดเป็น ร้อยละ 39.50

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2) ความชุกของภาวะวิตกกังวล

ตาราง 11 ความชุกของภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

ภาวะวิตกกังวล	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล	63	52.94
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล	56	47.06
- กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช	6	5.04
- กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูงแต่ไม่ผิดปกติทางจิตเวช	50	42.02

จากตาราง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 52.94 และพบภาวะวิตกกังวลร้อยละ 47.06 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวิตกกังวลที่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.04 และ ผู้ป่วย วิตกกังวลสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 50 คน คิดเป็น ร้อยละ 42.02

2.3) ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล

ตาราง 12 ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (119 คน)	ร้อยละ
กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล	51	42.85
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า	12	10.08
กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวล	18	15.12
กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล	38	31.93

จากตารางที่ 12 พบว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลพบร้อยละ 31.93 แต่จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้จำกัดการวิจัยเฉพาะในกลุ่มภาวะซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวลอย่างใดอย่างหนึ่ง และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเฉพาะภาวะซึมเศร้า, ภาวะวิตกกังวลเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า และ ภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

3.1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะซึมเศร้า (69คน)		ภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	48	69.6	34	68.0	.033	1.000
หญิง	21	30.4	16	32.0		
อายุ						
20 – 24 ปี	5	7.2	4	8.0	3.057	.552
25 – 29 ปี	17	24.6	9	18.0		
30 – 34 ปี	21	30.4	11	22.0		
35 – 39 ปี	14	20.4	16	32.0		
40 ปีขึ้นไป	12	17.4	10	20.0		
สถานภาพสมรส						
โสด	28	40.6	17	34.0	2.664	.629
คู่	10	14.5	4	8.0		
หย่าร้าง	8	11.6	9	18.0		
ม่าย	7	10.1	7	14.0		
แยกกันอยู่	16	23.2	13	26.0		
อื่นๆ	-	-	-	-		

ตาราง 13 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะซึมเศร้า (69คน)		มีภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	3	4.3	2	4.0	3.198	.539
ประถมศึกษา	29	42.0	22	44.0		
มัธยมศึกษาตอนต้น	21	30.4	20	40.0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	13	18.8	4	8.0		
ปริญญาตรี	3	4.3	2	4.0		
ปริญญาโท /เอก	-	-	-	-		
อื่นๆ	-	-	-	-		
ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา						
ภาคเหนือ	8	7.2	7	14.0	6.533	.250
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16	23.2	10	20.0		
ภาคกลาง	38	55.1	28	56.0		
ภาคตะวันตก	1	1.4	-	-		
ภาคตะวันออก	7	10.1	1	2.0		
ภาคใต้	2	2.9	4	8.0		
อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	5.8	8	16.0	11.290	.127
แม่บ้าน	4	5.8	-	-		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	5.8	4	8.0		
เกษตรกรรม	2	2.9	-	-		
นักเรียน / นักศึกษา	-	-	1	2.0		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	4.3	-	-		
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	48	69.6	35	70.0		
อื่นๆ	4	5.8	2	4.0		

ตาราง 13 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะซึมเศร้า (69คน)		มีภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	6	8.7	8	16.0	9.971	0.72
ต่ำกว่า 3,000 บาท	19	27.5	15	30.0		
3,001 - 5,000 บาท	13	18.8	13	26.0		
5,001 - 7,000 บาท	17	24.6	6	12.0		
7,001 - 9,000 บาท	9	13.0	1	2.0		
มากกว่า 9,001 บาท	5	7.2	7	14.0		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์						
ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	8	11.6	4	8.0	1.949	.667
ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	51	79.9	39	78.0		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	10	14.5	6	12.0		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	-	-	1	2.0		
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์จนถึงปัจจุบัน (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	5	7.2	8	16.0	4.330	.375
1 - 3 ปี	31	44.9	18	36.0		
4 - 6 ปี	20	29.0	17	34.0		
7 - 9 ปี	7	10.1	2	4.0		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	6	8.7	5	10.0		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	1	1.4	1	2.0	2.232	.820
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	26.1	11	22.0		
3,001 - 5,000 บาท	14	20.3	15	30.0		
5,001 - 7,000 บาท	12	17.4	10	20.0		
7,001 - 9,000 บาท	10	14.5	5	10.0		
มากกว่า 9,001 บาท	14	20.3	8	16.0		

ตาราง 13 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะซึมเศร้า (69คน)		มีภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว						
เงินพอใช้	24	34.8	28	56.0	5.305	.025*
เงินไม่พอใช้	45	65.2	22	44.0		
ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	8	11.6	4	8.0	2.243	.351
ทราบว่าติดเชื้อ						
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	47	68.1	30	60.0		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	14	20.3	16	32.0		
ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	27	39.1	20	40.0	.863	.651
ทราบว่าติดเชื้อ						
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	20	29.0	11	22.0		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	22	31.9	19	38.0		
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ						
พักอาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	11	15.9	11	22.0	4.395	.497
อาศัยอยู่กับญาติ	19	27.5	10	20.0		
บิดา – มารดา	15	21.7	12	24.0		
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	7.2	7	14.0		
อยู่กับสามี/ภรรยา	15	21.7	6	12.0		
อยู่สถานสงเคราะห์	4	5.8	4	8.0		
อื่น ๆ	-	-	-	-		

* P<0.05

ตาราง 13 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะซึมเศร้า		ภาวะซึมเศร้า			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล						
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด						
ไม่มีใครดูแล	14	20.3	16	32.0	9.627	.095
เพื่อน	1	1.4	4	8.0		
บิดา/มารดา	17	24.6	10	20.0		
สามี/ภรรยา	9	13.0	2	4.6		
ญาติพี่น้อง	22	31.9	17	34.0		
อื่นๆ	6	8.7	1	2.0		
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด ฯ						
น้อยกว่า 1 เดือน	1	1.4	2	4.0	12.509	.002**
1 - 6 เดือน	33	47.8	35	70.0		
7 - 12 เดือน	13	18.8	10	20.0		
มากกว่า 12 เดือน	22	31.9	3	6.0		

**P<0.01

จากตาราง 13 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 68.0 และ 32.0 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 22 มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 34 และแยกกันอยู่ ร้อยละ 26 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.0 มีภูมิลำเนาที่ก่อนเข้ามารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง ร้อยละ 56.0 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาส่วนมาก มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 70 และมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 30 สาเหตุการได้รับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ ร้อยละ 78.0 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน 1-3 ปี ร้อยละ 36.0 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อยู่ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.0 ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับ มีเงินพอใช้ ร้อยละ 56.0 ส่วนใหญ่ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 92.0 และยอมรับ เห็นใจ ไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ ร้อยละ 60.0 ผู้ร่วมงานทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 60.0 รังเกียจ ไม่ยอมคบหาสมาคมด้วย ร้อยละ 38.0 ก่อนมารักษาตัวอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ อาศัยอยู่กับ บิดา มารดา ร้อยละ 24.0 รองลงมาคือ อยู่คนเดียว ร้อยละ 22.0 บุคคลที่คอยช่วยเหลือ ดูแล ก่อนที่จะมาอยู่วัดพระบาทน้ำพุ คือ ญาติ พี่น้อง ร้อยละ 34.0 ไม่มีใครดูแล 32.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 70

ตาราง 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการรักษาที่วัดฯ) กับ
ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะซึมเศร้า (69คน)	ภาวะซึมเศร้า (50 คน)	ภาวะซึมเศร้า (69คน)	ภาวะซึมเศร้า (50 คน)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรักษาก่อนที่จะมารับการ รักษาที่วัด ฯ (คน)						
ไม่เคย	4	5.8	2	4.0	2.474	.909
เคย	65	94.2	48	96		
1 - 2 ครั้ง	48	69.9	33	66.0		
3 - 4 ครั้ง	12	17.4	12	24.0		
5 - 6 ครั้ง	3	4.3	3	6.0		
7 - 8 ครั้ง	1	1.4	-	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	1.4	-	-		
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)						
ไม่เคย	6	8.7	5	10.0	2.404	.716
เคย	63	91.3	45	90.0		
- 1 ครั้ง	54	78.4	40	80.0		
- 2 ครั้ง	3	4.3	3	6.0		
- 3 ครั้ง	3	4.3	2	4.0		
- 4 ครั้ง	3	4.3	-	-		

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนมากเคยได้รับการรักษาก่อนที่จะ
มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 66 และเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยของ
วัดพระบาทน้ำพุ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 80

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะซีมเศร้า

การวินิจฉัยภาวะ ภูมิคุ้มกันเสื่อม	ภาวะซีมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบ		มี			
	ภาวะซีมเศร้า (69คน)	ร้อยละ	ภาวะซีมเศร้า (50 คน)	ร้อยละ		
การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์						
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	32	46.4	27	54.0	6.603	.347
- Wasting syndrome	23	33.3	13	26.0		
- Pneumocystis carinii	6	8.7	9	18.0		
- Cryptococcosis	5	7.2	1	2.0		
- Candidiasis	1	1.4	-	-		
- Herpes simplex	1	1.4	-	-		
- Pneumonia recurrent (bacteria)	1	1.4	-	-		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงปัจจุบัน						
< 1 ปี	27	39.1	23	46.0	2.730	.419
1 – 2 ปี	38	55.1	21	42.0		
3 – 4 ปี	3	4.3	4	8.0		
> 4 ปี	1	1.4	2	4.0		

จากตารางที่ 15 ผู้ป่วยที่มีภาวะซีมเศร้าส่วนมาก ป่วยด้วยโรคไวรัสโรคปอด ร้อยละ 54 และพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน < 1 ปี ร้อยละ 46

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ กับ ภาวะซึมเศร้า

บุคลิกภาพ	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบ ภาวะซึมเศร้า (69คน)		มี ภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
บุคลิกภาพ						
E - Scale						
- ชอบเก็บตัว	30	43.5	26	52.0	.845	.457
- ชอบแสดงตัว	39	56.5	24	48.0		
N Scale						
- มั่นคงทางอารมณ์	43	62.3	13	26.0	15.350	.000**
- อ่อนไหวทางอารมณ์	26	37.7	37	74.0		

** P<0.01

จากตารางที่ 16 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพแบบ N scale แบบอ่อนไหวทางอารมณ์ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ คิดเป็นร้อยละ 74 และผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ E scale ชอบเก็บตัวร้อยละ 52

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 17 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะซึมเศร้า				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะซึมเศร้า (69คน)		มีภาวะซึมเศร้า (50 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ต่ำ	4	5.8	8	16.0	5.905	.059
ปานกลาง	51	73.9	38	76.0		
สูง	14	20.3	4	8.0		

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนมากมีแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และต่ำ ร้อยละ 76 และ 16 ตามลำดับ

จากตารางที่ 13-17 พบว่า เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วย กับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า มี 3 ปัจจัย คือ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ และบุคลิกภาพแบบมั่นคงและอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$ และสถานภาพทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

3.2) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วย

ตาราง 18 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	43	68.3	39	69.6	0.027	1.000
หญิง	20	31.7	17	30.4		
อายุ						
20 – 24 ปี	7	11.1	2	3.6	2.816	.613
25 – 29 ปี	13	20.6	13	23.2		
30 – 34 ปี	17	27.0	15	26.8		
35 – 39 ปี	14	22.2	16	28.6		
40 ปีขึ้นไป	12	19.0	10	17.9		
สถานภาพสมรส						
โสด	22	34.9	23	41.1	5.810	.219
คู่	8	12.7	6	10.7		
หย่าร้าง	10	15.9	7	12.5		
ม่าย	4	6.3	10	17.9		
แยกกันอยู่	19	30.2	10	17.9		
อื่นๆ	-	-	-	-		

ตาราง 18 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	3.2	3	5.4	.616	1.000
ประถมศึกษา	31	49.2	20	35.7		
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	30.2	22	39.3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	8	12.7	9	16.1		
ปริญญาตรี	3	4.8	2	3.6		
ปริญญาโท /เอก	-	-	-	-		
อื่นๆ	-	-	-	-		
ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา						
ภาคเหนือ	4	6.3	8	14.3	.350	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13	20.6	13	23.2		
ภาคกลาง	36	57.1	30	53.6		
ภาคตะวันตก	-	-	1	1.8		
ภาคตะวันออก	5	7.9	3	5.4		
ภาคใต้	5	7.9	1	1.8		
อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	9.5	6	10.7	.234	
แม่บ้าน	3	4.8	1	1.8		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	4	6.3	4	7.1		
เกษตรกรรม	2	3.2	-	-		
นักเรียน / นักศึกษา	-	-	1	1.8		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	4.8	-	-		
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	44	69.8	39	69.6		
อื่นๆ	1	1.6	5	8.9		

ตาราง 18 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	5	7.9	9	16.1	7.220	.213
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	28.6	16	28.6		
3,001 - 5,000 บาท	11	17.5	15	26.8		
5,001 - 7,000 บาท	15	23.8	8	14.3		
7,001 - 9,000 บาท	8	12.7	2	3.6		
มากกว่า 9,001 บาท	6	9.5	6	10.7		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์						
ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	4	6.3	8	14.3	3.785	.252
ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	51	81.0	39	69.6		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	7	11.1	9	16.1		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	1.6	-	-		
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ						
เอดส์จนถึงปัจจุบัน (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	8	12.7	5	8.9	1.588	.829
1 - 3 ปี	26	41.3	23	41.1		
4 - 6 ปี	18	28.6	19	33.9		
7 - 9 ปี	6	9.5	3	5.4		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	5	7.9	6	10.7		

ตาราง 18 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)						
ไม่มีรายได้	-	-	2	3.6	5.179	.443
ต่ำกว่า 3,000 บาท	18	28.6	11	19.6		
3,001 - 5,000 บาท	14	22.2	15	26.8		
5,001 - 7,000 บาท	10	15.9	12	21.4		
7,001 - 9,000 บาท	10	15.9	5	8.9		
มากกว่า 9,001 บาท	11	17.5	11	19.6		
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว						
เงินพอใช้	28	44.4	24	42.9	.030	1.000
เงินไม่พอใช้	35	55.6	32	57.1		
ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่ทราบข่าวติดเชื้อ	6	9.5	6	10.7	4.660	.102
ทราบข่าวติดเชื้อ						
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	46	73.0	31	55.4		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	11	17.5	19	33.9		
ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบข่าวติดเชื้อเอชไอวี						
ไม่ทราบข่าวติดเชื้อ	28	44.4	19	33.9	3.325	.211
ทราบข่าวติดเชื้อ						
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ	18	28.6	13	23.2		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	17	27.0	24	42.9		

ตาราง 18 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ						
พักอาศัยอยู่กับ						
อยู่คนเดียว	10	15.9	12	21.4	9.571	.088
อาศัยอยู่กับญาติ	20	31.7	9	16.1		
บิดา – มารดา	15	23.8	12	21.4		
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	5	7.9	7	12.5		
อยู่กับสามี/ภรรยา	12	19.0	9	16.1		
อยู่สถานสงเคราะห์	1	1.6	7	12.5		
อื่นๆ	-	-	-	-		
บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล						
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ						
ไม่มีใครดูแล	13	20.6	17	30.4	3.408	.642
เพื่อน	2	3.2	3	5.4		
บิดา/มารดา	13	20.6	14	25.0		
สามี/ภรรยา	7	11.1	4	7.1		
ญาติพี่น้อง	24	38.1	15	26.8		
อื่นๆ	4	6.3	3	5.4		
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด ฯ						
น้อยกว่า 1 เดือน	2	3.2	1	1.8	6.898	.061
1 - 6 เดือน	29	46.0	39	69.6		
7 - 12 เดือน	16	25.4	7	12.5		
มากกว่า 12 เดือน	16	25.4	9	16.1		

จากตาราง 18 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 69.6 และ 30.4 ตามลำดับ อายุอยู่ในช่วง 35 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.6 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 26.8 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 41.1 และแยกกันอยู่ ร้อยละ 17.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.3 มีภูมิลำเนาเข้ามารับการ รักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ส่วนใหญ่อยู่ภาคกลาง ร้อยละ 53.6 อาชีพก่อนเข้ารับการรักษาส่วนมาก มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 69.6 และมีรายได้อยู่ระหว่างต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 26.8 มีระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดยาเสพติดจนถึงปัจจุบัน 1 – 3 ปี ร้อยละ 41.1 สาเหตุการได้รับเชื้อ เอดส์ส่วนใหญ่ มาจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ ร้อยละ 69.6 ครอบครัวมี รายได้ อยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท ต่อ เดือน ร้อยละ 26.8 ความเพียงพอของรายได้ในระดับ มีเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่ครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อมีเอดส์ ร้อยละ 89.3 และยอมรับ เห็นใจ ไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ ร้อยละ 55.4 ผู้ร่วมงานทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อมีเอดส์ ร้อยละ 66.1 รังเกียจ ไม่ยอมคบหาสมาคมด้วย ร้อยละ 42.9 ก่อนมารักษาตัวอยู่ที่วัดพระบาทน้ำพุ อาศัยอยู่กับ บิดา มารดาและอยู่คนเดียว ร้อยละ 21.4 เท่ากัน บุคคลที่คอยช่วยเหลือ ดูแล ก่อนที่จะมาอยู่ วัดพระบาทน้ำพุ คือ ไม่มีใครดูแล ร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ มีญาติพี่น้องดูแล ร้อยละ 26.8 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด อยู่ระหว่าง 1 – 6 เดือน ร้อยละ 69.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 19 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการรักษาที่วัดฯ) กับ
ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะ วิตกกังวล (63คน)		มีภาวะ วิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรักษาก่อนที่จะมารับการ รักษาที่วัด ฯ (คน)						
ไม่เคย	3	4.8	3	5.4	2.740	.898
เคย						
1 - 2 ครั้ง	43	68.3	38	67.9		
3 - 4 ครั้ง	13	20.6	11	19.6		
5 - 6 ครั้ง	2	3.2	4	7.1		
7 - 8 ครั้ง	1	1.6	-	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	1.6	-	-		
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)						
ไม่เคย	6	9.5	5	8.9	.896	.953
เคย						
1 ครั้ง	51	81.0	43	76.8		
2 ครั้ง	3	4.8	3	5.4		
3 ครั้ง	2	3.2	3	5.4		
4 ครั้ง	1	1.6	2	3.6		

จากตารางที่ 19 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมาก เคยได้รับการรักษาก่อนที่จะ
มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ร้อยละ 67.9 เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย จำนวน
1 ครั้ง ร้อยละ 76.8

ตาราง 20 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ภาวะวิตกกังวล

การวินิจฉัยภาวะ ภูมิคุ้มกันเสื่อม	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะ วิตกกังวล (63คน)		มีภาวะ วิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์						
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	28	44.4	31	55.4	3.798	.858
- Wasting syndrome	20	31.7	16	28.6		
- Pneumocystis carinii	9	14.3	6	10.7		
- Cryptococcosis	3	4.8	3	5.4		
- Candidiasis	1	1.6	-	-		
- Herpes simplex	1	1.6	-	-		
- Pneumonia recurrent (bacteria)	1	1.6	-	-		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงปัจจุบัน						
< 1 ปี	29	46.0	21	37.5	2.249	.467
1 – 2 ปี	31	49.2	28	50.0		
3 – 4 ปี	2	3.2	5	8.9		
> 4 ปี	1	1.6	2	3.6		

จากตารางที่ 20 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น
วัณโรค ร้อยละ 55.4 และพบว่าระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน 1-2 ปี ร้อยละ 50

ตาราง 21 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับ ภาวะวิตกกังวล

บุคลิกภาพ	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	บุคลิกภาพ					
E - Scale						
- ชอบเก็บตัว	29	46.0	27	48.2	.057	.855
- ชอบแสดงตัว	34	54.0	29	51.8		
N Scale						
- มั่นคงทางอารมณ์	41	65.1	15	26.8	17.450	.000**
- อ่อนไหวทางอารมณ์	22	34.9	41	73.2		

**P<0.01

จากตารางที่ 21 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนใหญ่ มีบุคลิกภาพแบบ N scale อ่อนไหวทางอารมณ์ ร้อยละ 73.2 และ บุคลิกภาพแบบ E scale ชอบแสดงตัวร้อยละ 51.8 และบุคลิกภาพแบบ N scale อ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 22 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะวิตกกังวล

แรงสนับสนุนทางสังคม	ภาวะวิตกกังวล				χ^2	Fisher's Exact
	ไม่พบภาวะวิตกกังวล (63คน)		มีภาวะวิตกกังวล (56 คน)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ต่ำ	1	1.6	11		
ปานกลาง	48	76.2	41	73.2		
สูง	14	22.2	4	7.1		

**P<0.01

จากตารางที่ 22 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลส่วนมาก แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.2 และมีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

จากตาราง 18 – 22 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วย กับภาวะวิตกกังวล ด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะวิตกกังวล มี 2 ปัจจัย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพแบบมั่นคงและอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ กับภาวะวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3) ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า

ตาราง 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
เพศ						
ชาย		82	6.41	3.08	.186	.667
หญิง		37	6.14	3.66		
อายุ						
20 – 24	ปี	9	6.56	2.79	1.838	.126
25 – 29	ปี	26	5.08	3.43		
30 – 34	ปี	32	6.34	3.25		
35 – 39	ปี	30	7.40	3.00		
40	ปีขึ้นไป	22	6.23	3.32		
สถานภาพสมรส						
โสด		45	6.11	3.37	.203	.936
คู่		14	5.93	2.59		
หย่าร้าง		17	6.71	2.69		
ม่าย		14	6.43	3.11		
แยกกันอยู่		29	6.59	3.85		
อื่นๆ		-	-	-		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน		5	7.00	4.64	.735	.570
ประถมศึกษา		51	6.18	2.94		
มัธยมศึกษาตอนต้น		41	6.89	3.61		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.		17	5.41	3.04		
ปริญญาตรี		5	5.80	2.86		
ปริญญาโท /เอก		-	-	-		
อื่นๆ		-	-	-		

ตาราง 23 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษา					
ภาคเหนือ	12	6.92	2.19	.395	.851
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	26	6.50	3.47		
ภาคกลาง	66	6.20	3.30		
ภาคตะวันตก	1	6.00	-		
ภาคตะวันออก	8	5.25	2.05		
ภาคใต้	6	7.33	5.28		
อาชีพ ก่อนเข้ารับการรักษา					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	6.42	3.42	1.411	.208
แม่บ้าน	4	3.25	2.63		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	7.88	1.89		
เกษตรกรรม	2	6.00	1.41		
นักเรียน / นักศึกษา	1	8.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	2.67	1.15		
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	83	6.40	3.40		
อื่น ๆ	6	6.83	2.32		
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	14	7.14	2.54	1.412	.225
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	5.82	3.27		
3,001 - 5,000 บาท	26	7.46	3.71		
5,001 - 7,000 บาท	23	5.70	3.28		
7,001 - 9,000 บาท	10	5.20	2.49		
มากกว่า 9,001 บาท	12	6.50	3.09		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี					
ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	6.42	1.88	.102	.959
ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	6.28	3.27		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	16	6.44	4.13		
ใช้ใบมีดโกนร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	8.00	-		

ตาราง 23 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน (ปี)					
น้อยกว่า 1 ปี	13	7.46	2.63	.562	.691
1 - 3 ปี	49	5.98	3.38		
4 - 6 ปี	37	6.43	3.56		
7 - 9 ปี	9	6.00	2.78		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	6.45	2.77		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	2	7.00	1.41	.576	.718
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	5.83	2.74		
3,001 - 5,000 บาท	29	6.76	3.43		
5,001 - 7,000 บาท	22	7.05	2.70		
7,001 - 9,000 บาท	15	5.87	3.89		
มากกว่า 9,001 บาท	22	5.95	3.87		
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว					
เงินพอใช้	52	7.08	2.74	5.053	.026*
เงินไม่พอใช้	67	5.75	3.52		
ปฏิบัติการของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี					
ติดเชื้อเอชไอวี					
ไม่ทราบว่าติดเชื้อ	12	5.75	3.96	.587	.557
ทราบว่าติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล ให้กำลังใจ	77	6.22	3.25		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	30	6.83	3.02		

* p<.05

ตาราง 23 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบข่าว					
ติดเชื้อเอดส์					
ไม่ทราบข่าวติดเชื้อ	47	6.15	3.32	.620	.540
ทราบข่าวติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล ให้กำลังใจ	31	6.00	3.43		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	41	6.78	3.09		
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ					
พักอาศัยอยู่กับ					
อยู่คนเดียว	22	6.45	2.86	.339	.849
อาศัยอยู่กับญาติ	29	5.72	4.18		
บิดา – มารดา	27	6.74	3.29		
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	12	6.75	3.05		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	6.05	2.87		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	6.88	1.73		
อื่นๆ	-	-	-		
บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล					
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด					
ไม่มีใครดูแล	30	6.43	2.93	1.404	.228
เพื่อน	5	7.80	2.28		
บิดา/มารดา	27	6.70	3.04		
สามี/ภรรยา	11	4.91	2.74		
ญาติพี่น้อง	39	6.59	3.71		
อื่นๆ	7	4.14	3.44		
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด ฯ					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	7.33	2.08	2.782	.044*
1 - 6 เดือน	68	6.97	3.38		
7 - 12 เดือน	23	5.78	3.12		
มากกว่า 12 เดือน	25	4.96	2.75		

* p<.05

ตาราง 24 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการรักษาที่วัดฯ) กับ
ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
การรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดฯ					
(คน)					
ไม่เคย	6	6.83	1.47	.561	.729
เคย					
- 1 - 2 ครั้ง	81	6.16	3.20		
- 3 - 4 ครั้ง	24	6.88	3.07		
- 5 - 6 ครั้ง	6	6.50	5.92		
- 7 - 8 ครั้ง	1	7.00	-		
- มากกว่า 8 ครั้ง	1	2.00	-		
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย					
(คน)					
ไม่เคย	11	6.55	2.73	.663	.619
เคย					
- 1 ครั้ง	94	6.38	3.33		
- 2 ครั้ง	6	5.67	3.88		
- 3 ครั้ง	5	7.20	2.68		
- 4 ครั้ง	3	3.67	2.31		

ตาราง 25 การวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะซีมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซีมเศร้า	SD	F	Sig.
การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	59	6.34	3.61	.795	.575
- Wasting syndrome	36	6.11	3.01		
- Pneumocystis carinii	15	7.07	2.91		
- Cryptococcosis	6	6.67	1.21		
- Candidiasis	1	6.00	-		
- Herpes simplex	1	7.00	-		
- Pneumonia recurrent (bacteria)	1	.00	-		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน					
< 1 ปี	50	6.32	3.15	.371	.774
1 – 2 ปี	59	6.19	3.46		
3 – 4 ปี	7	7.57	2.30		
> 4 ปี	3	6.33	3.79		

จากตารางที่ 23-25 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้า พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะซีมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ป่วยที่เงินพอใช้จะมีภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้ป่วยที่มีเงินไม่พอใช้ และระยะเวลาการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ น้อยกว่า 1 เดือน มีภาวะซีมเศร้ามากกว่า

ตาราง 26 ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพ กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
บุคลิกภาพแบบ E - Scale					
- ชอบเก็บตัว	56	7.16	3.00	7.285	.008**
- ชอบแสดงตัว	63	5.59	3.32		
บุคลิกภาพแบบ N Scale					
- มั่นคงทางอารมณ์	56	5.16	2.86	15.210	.000**
- อ่อนไหวทางอารมณ์	63	7.37	3.26		

** p < 0.01

ตาราง 27 ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ ซึมเศร้า	SD	F	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ต่ำ	12	8.50	1.57	9.971	.000**
ปานกลาง	89	6.56	3.11		
สูง	18	3.72	3.34		

** p < 0.01

จากตาราง 26 – 27 แสดงความสัมพันธ์ ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคลิกภาพ แบบ ชอบเก็บตัวและแสดงตัว (Introversion – Extroversion Scale) , บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์และมั่นคงทางอารมณ์ (Neuroticism – Stability Scale) และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิด ภาวะซึมเศร้า ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < 0.01 โดย ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ N Scale ในลักษณะ อ่อนไหวทางอารมณ์จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ E Scale ในลักษณะ ชอบเก็บตัว จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง และ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางระดับสูง จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำ

3.4) ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะวิตกกังวล

ตาราง 28 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตก กังวล	SD	F	Sig.
เพศ					
ชาย	82	6.77	3.32	.003	.954
หญิง	37	6.73	3.45		
อายุ					
20 – 24 ปี	9	6.78	1.86	.785	.537
25 – 29 ปี	26	6.81	3.15		
30 – 34 ปี	32	6.34	3.37		
35 – 39 ปี	30	7.60	3.55		
40 ปีขึ้นไป	22	6.14	3.72		
สถานภาพสมรส					
โสด	45	7.13	3.34	.998	.412
คู่	14	5.43	3.50		
หย่าร้าง	17	6.18	2.86		
ม่าย	14	7.50	1.87		
แยกกันอยู่	29	6.79	3.99		
อื่นๆ	-	-	-		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	5	8.80	5.40	1.050	.385
ประถมศึกษา	51	6.27	3.10		
มัธยมศึกษาตอนต้น	41	7.27	3.39		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช./ปวส.	17	6.59	3.10		
ปริญญาตรี	5	6.00	3.87		
ปริญญาโท /เอก	-	-	-		
อื่นๆ	-	-	-		

ตาราง 28 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
ภูมิภาคก่อนเข้ารับการรักษา					
ภาคเหนือ	12	7.25	3.11	.737	.597
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	26	7.42	3.53		
ภาคกลาง	66	6.48	3.11		
ภาคตะวันตก	1	9.00	-		
ภาคตะวันออก	8	5.38	3.78		
ภาคใต้	6	7.33	5.09		
อาชีพก่อนเข้ารับการรักษา					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	6.83	3.04	1.771	.100
แม่บ้าน	4	4.50	2.52		
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	8	7.25	2.12		
เกษตรกรรม	2	4.00	2.83		
นักเรียน / นักศึกษา	1	10.00	-		
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	3	2.00	1.73		
รับจ้าง / ผู้ใช้แรงงาน / ลูกจ้าง	83	6.89	3.47		
พระสงฆ์	6	8.33	2.58		
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย (บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	14	7.86	2.38	3.006	.014*
ต่ำกว่า 3,000 บาท	34	6.53	2.92		
3,001 - 5,000 บาท	26	8.08	3.61		
5,001 - 7,000 บาท	23	6.13	3.91		
7,001 - 9,000 บาท	10	3.90	3.07		
มากกว่า 9,001 บาท	12	6.83	2.37		
สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อเอชไอวี					
ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)	12	7.58	2.15	.914	.437
ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)	90	6.53	3.52		
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น	16	7.56	2.97		
ใช้โบทันโกลร่วมกับผู้ติดเชื้อ	1	4.00	-		

* p<0.05

ตาราง 28 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบัน (ปี)					
น้อยกว่า 1 ปี	13	6.38	2.43	.093	.985
1 - 3 ปี	49	6.86	3.36		
4 - 6 ปี	37	6.81	3.84		
7 - 9 ปี	9	6.33	1.87		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	11	6.91	3.78		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	2	10.00	.00	1.304	.267
ต่ำกว่า 3,000 บาท	29	6.00	2.73		
3,001 - 5,000 บาท	29	7.48	3.82		
5,001 - 7,000 บาท	22	6.82	2.86		
7,001 - 9,000 บาท	15	5.73	4.27		
มากกว่า 9,001 บาท	22	7.14	3.11		
สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว					
เงินพอใช้	52	6.94	3.43	.284	.595
เงินไม่พอใช้	67	6.61	3.29		
ปฏิกิริยาของครอบครัวเมื่อทราบว่าติดซึมเศร้า					
ติดซึมเศร้า					
ไม่ทราบว่าติดซึมเศร้า	12	7.58	4.12	.879	.418
ทราบว่าติดซึมเศร้า					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล ให้กำลังใจ	77	6.47	3.37		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	30	7.17	2.94		

ตาราง 28 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
ปฏิกิริยาของผู้ร่วมงานเมื่อทราบข่าว					
ติดเชื้อเอชไอวี					
ไม่ทราบข่าวติดเชื้อ	47	6.51	3.65	.431	.651
ทราบข่าวติดเชื้อ					
- เห็นใจไม่รังเกียจ ดูแล ให้กำลังใจ	31	6.61	3.04		
- รังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย	41	7.15	3.23		
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด ฯ					
พักอาศัยอยู่กับ					
อยู่คนเดียว	22	6.91	3.10	.712	.616
อาศัยอยู่กับญาติ	29	6.31	3.88		
บิดา – มารดา	27	6.78	3.36		
อาศัยอยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	12	7.58	3.55		
อยู่กับสามี/ภรรยา	21	6.14	3.14		
อยู่สถานสงเคราะห์	8	8.25	1.91		
อื่นๆ	-	-	-		
บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแล					
ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัด					
ไม่มีใครดูแล	30	6.87	2.78	.672	.646
เพื่อน	5	7.20	2.77		
บิดา/มารดา	27	7.29	3.10		
สามี/ภรรยา	11	5.18	3.12		
ญาติพี่น้อง	39	6.77	3.78		
อื่นๆ	7	6.29	4.75		
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัด ฯ					
น้อยกว่า 1 เดือน	3	6.00	2.65	1.740	.163
1 - 6 เดือน	68	7.35	3.71		
7 - 12 เดือน	23	6.09	2.66		
มากกว่า 12 เดือน	25	5.84	2.66		

ตาราง 29 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (ก่อนและหลังมารับการ รักษาที่วัดฯ) กับ
ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
การรักษาก่อนที่จะมารับการรักษาที่วัดฯ (คน)					
ไม่เคย	6	7.67	1.63	1.120	.354
เคย					
1 - 2 ครั้ง	81	6.49	3.08		
3 - 4 ครั้ง	24	6.88	3.96		
5 - 6 ครั้ง	6	9.50	4.93		
7 - 8 ครั้ง	1	5.00	-		
มากกว่า 8 ครั้ง	1	5.00	-		
การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (คน)					
ไม่เคย	11	6.91	2.84	.715	.583
เคย					
1 ครั้ง	94	6.63	3.40		
2 ครั้ง	6	6.67	2.94		
3 ครั้ง	5	9.20	4.09		
4 ครั้ง	3	6.33	2.89		

ตาราง 30 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย		F	Sig.
		ภาวะ วิตกกังวล	SD		
การวินิจฉัยอาการของโรคเอดส์					
- Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary	59	7.34	3.27	.974	.446
- Wasting syndrome	36	6.53	3.36		
- Pneumocystis carinii	15	5.80	3.36		
- Cryptococcosis	6	6.00	3.95		
- Candidiasis	1	6.00	-		
- Herpes simplex	1	5.00	-		
- Pneumonia recurrent (bacteria)	1	2.00	-		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน					
< 1 ปี	50	6.64	3.17	.626	.600
1 – 2 ปี	59	6.54	3.54		
3 – 4 ปี	7	8.43	3.41		
> 4 ปี	3	7.00	1.73		

จากตารางที่ 28-30 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย มีคะแนนของการเกิดภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท/เดือน มีภาวะวิตกกังวลมากกว่า

ตาราง 31 ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพ กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
บุคลิกภาพแบบ E - Scale					
- ชอบเก็บตัว	56	7.16	3.17	1.556	.215
- ชอบแสดงตัว	63	6.40	3.47		
บุคลิกภาพแบบ N Scale					
- มั่นคงทางอารมณ์	56	5.77	2.74	9.955	.002**
- อ่อนไหวทางอารมณ์	63	7.63	3.59		

** P < 0.01

ตาราง 32 ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับ ภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนคน N = 119	ค่าเฉลี่ย ภาวะ วิตกกังวล	SD	F	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม					
ต่ำ	12	8.75	1.22	5.362	.006**
ปานกลาง	89	6.87	3.46		
สูง	18	4.89	2.83		

** P < 0.01

จากตาราง 31-32 แสดงความสัมพันธ์ ของปัจจัยในตัวผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะวิตกกังวล พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ บุคลิกภาพ แบบมั่นคงทางอารมณ์และอ่อนไหวทางอารมณ์ (Neuroticism - Stability Scale) และ แรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิด ภาวะวิตกกังวล ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P < 0.01 โดย ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ N Scale ในลักษณะ อ่อนไหวทางอารมณ์จะมีคะแนนภาวะวิตกกังวลสูง และ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางระดับสูง จะมีคะแนนภาวะวิตกกังวลต่ำ

3.5) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.440*	.000

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 33 ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับ แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.440, p < .01$) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ตาราง 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวลและแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.371*	.000

* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 34 ภาวะวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับ แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.371, p < .01$) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะวิตกกังวลสูง ในทางกลับกันผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะวิตกกังวลต่ำ

3.6) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า

ตาราง 35 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเอดส์

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	T	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.440	.194	-.362	-4.367	.000**
บุคลิกภาพแบบ N Scale	.517	.267	.282	3.405	.001**
Constant			8.542	5.425	.000**

** P < .01

จากตาราง 35 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม, บุคลิกภาพแบบ N Scale สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดฯ พบว่า มีเพียง 2 ตัวแปรเท่านั้นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.4 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพ N Scale สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 26.7 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 2 จึงเป็น ตัวแปรพยากรณ์ ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.7) ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล

ตาราง 36 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเอดส์

ลำดับตัวแปร	R	R ²	B	T	Sig.
แรงสนับสนุนทางสังคม	.371	.120	-.286	-3.370	.001**
บุคลิกภาพแบบ N Scale	.443	.196	.232	2.717	.008**
รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย	.487	.237	-.205	-2.498	.014*
Constant			8.617	5.237	.000**

** P < .01

* P < .05

จากตารางที่ 36 เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม, บุคลิกภาพแบบ N Scale และรายได้ พบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัวแปร สามารถเป็นตัวพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้ ร้อยละ 12.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพ N Scale สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 19.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้าย คือ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย สามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้ร้อยละ 23.7 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวล ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P < 0.01 และ P < 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป, แบบสอบถาม Thai-Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai-HADS) เพื่อคัดกรองการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่งแปลจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดยธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, แบบสอบถามวัดบุคลิกภาพ MPI และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ แบนด์ และ ไวน์เนอร์ (Band and Weinert.) โดยสามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการซบเซาของภูมิคุ้มกันเสื่อมที่อาศัยอยู่ในบ้านพักวัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน ผู้ชาย 82 คน ร้อยละ 68.91 เพศหญิง 37 คน ร้อยละ 31.09 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-34 ปี และ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.89 และ 25.21 มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 37.82 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง มีภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดอยู่ในเขตภาคกลาง ร้อยละ 55.46 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ลูกจ้าง/ผู้ใช้แรงงานเป็นส่วนมาก ร้อยละ 62.19 สาเหตุที่ทำให้ได้รับเชื้อโรคเอดส์ส่วนมากเกิดจากได้รับเชื้อเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างเพศ ถึงร้อยละ 75.63 รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 13.45 และระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอดส์ อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 41.18 รองลงมาคือ 4-6 ปี ร้อยละ 31.09

โดยก่อนมารับการรักษาที่วัดฯ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับญาติ รองลงมา อยู่กับบิดามารดาและอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 24.37, 22.69 และ 18.49 ตามลำดับ มีบุคคลที่คอยช่วยเหลือคือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 30.25 รองลงมาคือ ไม่มีใครดูแล ร้อยละ 25.21 ในทางกลับกัน ในด้านความรู้สึกกับผิดชอบต่อครอบครัว ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกผูกพัน และเป็นห่วง

ครอบครัว หากเลือกได้ยังอยากรับผิดชอบดูแลบุตร ร้อยละ 14.29 ดูแลคู่สมรส ร้อยละ 3.36 และผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าไม่ต้องดูแลรับผิดชอบใคร ร้อยละ 78.79 บุคคลที่พาผู้ป่วยมารักษาที่วัดฯ ส่วนมากเป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.54 และมารักษาด้วยตนเอง ร้อยละ 21.01 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 1-6 เดือน ร้อยละ 57.15

กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 28.57 ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และ 3,001 – 5,001 บาท/เดือน เท่ากันทั้งสองช่วงคิดเป็นร้อยละ 24.37 และส่วนใหญ่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ มีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.30

ส่วนในเรื่องปฏิกิริยาของครอบครัวส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวเห็นใจไม่รังเกียจดูแลและให้กำลังใจร้อยละ 71.96 ในด้านผู้ร่วมงานเมื่อทราบ จะรังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย เป็นส่วนมาก ร้อยละ 56.94 และสาเหตุที่มารับการรักษาที่วัดคือ กลัวถูกสังคมรังเกียจ, ไม่มีคนดูแล และกลัวว่าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ร้อยละ 25.57, 22.55, 16.83 และ 15.75 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างก่อนการรักษาที่วัดฯ ส่วนใหญ่ เคยเข้ารับการรักษา ร้อยละ 94.96 และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์, อาการของโรคเอดส์ ร้อยละ 59.12 และ 40.08 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษายู่ระหว่าง 1-2 ครั้ง ร้อยละ 71.68 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 92.17 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรควัณโรคปอด ร้อยละ 49.58 รองลงมาคือ กลุ่มอาการสูญเสียน้ำหนักมวลของกล้ามเนื้อ และโรคปอดบวม ร้อยละ 30.25 และ 12.61 ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงปัจจุบัน อยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 49.58 และน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 42.02

จากการวินิจฉัยโรคที่เป็นอาการของโรคเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางกาย คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ, การติดเชื้อทางผิวหนัง, การติดเชื้อในช่องปาก และมีความผิดปกติของกระดูกและข้อ ร้อยละ 29.67, 23.98 และ 10.98 ตามลำดับ มีความรุนแรงของอาการทางกายที่มีผลต่อสุขภาพ คือ อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง ร้อยละ 66.39 อาการปวด ร้อยละ 31.09 และ อาการอื่น ๆ ร้อยละ 26.88 ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร, มีไข้, คั้นตามร่างกาย และไอหอบเหนื่อย ในด้านการรักษาที่วัดฯ พบว่าเป็นการรักษาตามอาการของผู้ป่วยและผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยารักษาในกลุ่มยารักษาวัณโรค, ยาปฏิชีวนะ, ยาแก้แพ้, แก้คัน และยาระบบทางเดินหายใจทั่วไป ร้อยละ 33.68, 22.11, 12.63 และ 6.58 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้รับยาเพื่อรักษาตามอาการที่เจ็บป่วย เช่น ยาลดไข้แก้ปวด, ยาระบบทางเดินอาหาร, วิตามิน, ยาระบาย และยาหยอดหู-ตา

2. **ข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกภาพ** พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 119 คน ส่วนใหญ่มีบุคลิกภาพแบบชอบแสดงตัว และอ่อนไหวทางอารมณ์ ร้อยละ 52.94

3. **ข้อมูลเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม** พบว่า ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.79 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง ร้อยละ 15.13

4. **ความชุกของภาวะซึมเศร้า** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.98 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 42.02 ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจำแนกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ที่สามารถวินิจฉัยมีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.52 และผู้ป่วยซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 47 คน ร้อยละ 39.50

5. **ความชุกของภาวะวิตกกังวล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 52.94 และพบภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 47.06 ซึ่งผู้ป่วยวิตกกังวลสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยวิตกกังวลที่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.04 และผู้ป่วยวิตกกังวลสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 42.02

6. **ความชุกของภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล 38 คน คิดเป็นร้อยละ 31.93

7. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า** พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามี 3 ปัจจัยคือ สถานภาพเศรษฐกิจมีเงินพอใช้ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ และบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

8. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะวิตกกังวล** พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลมี 2 ปัจจัย คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

9. **วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะซึมเศร้า** พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ สถานภาพเศรษฐกิจมีเงินพอใช้ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดฯ < 1 เดือน บุคลิกภาพ แบบชอบเก็บตัวและแสดงตัว, บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์และมั่นคงทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ N-scale ในลักษณะ

อ่อนไหวทางอารมณ์ จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ E scale ในลักษณะชอบเก็บตัว จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีคะแนนแบบภาวะซึมเศร้าสูง

10. วิเคราะห์ความแปรปรวนระหว่างปัจจัยในตัวผู้ป่วยกับภาวะวิตกกังวล พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ รายได้เฉลี่ย 3001-5000 บาท/เดือน บุคลิกภาพแบบมั่นคงทางอารมณ์ และอ่อนไหวทางอารมณ์ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยของการเกิดภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ N scale ในลักษณะอ่อนไหวทางอารมณ์ จะมีคะแนนภาวะวิตกกังวลสูง และผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง จะมีคะแนนภาวะวิตกกังวลต่ำ

11. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล กับแรงสนับสนุนทางสังคม

11.1 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.440, p < .01$) คือผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

11.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะวิตกกังวลกับแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า ภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันเชิงลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($r = -.371, p < .01$) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีภาวะวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะวิตกกังวลต่ำ

12. ปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า นำตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม บุคลิกภาพ แบบ N scale, สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ มาหาปัจจัยทำนายพบว่ามีเพียง 2 ตัวแปรเท่านั้นที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.4 และเมื่อเพิ่มตัวแปร บุคลิกภาพแบบ N scale สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 26.7 ดังนั้นทั้ง 2 ตัวแปรจึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีสามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

13. ปัจจัยทำนายภาวะวิตกกังวล นำตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคม บุคลิกภาพ N scale รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย มาหาปัจจัยทำนายพบว่ามีเพียง 2 ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวล ได้ร้อยละ 12.0 เมื่อเทียบตัวแปรบุคลิกภาพ N scale สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 19.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้ายคือ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย สามารถเพิ่ม

สัมประสิทธิ์การพยากรณ์ได้เป็น .237 ดังนั้นตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถป้องกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวน 119 คน เป็นชาย 82 คน หญิง 37 คน มีประเด็นที่น่าสนใจที่จะนำมาอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ร้อยละ 68.91 และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 26.89 อายุเฉลี่ย 33.98 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของกองระบาดวิทยา⁽²⁾ (2545) ซึ่งพบว่าเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2:1 และพบในอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 25 อาจเป็นเพราะเพศชายมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HIV ได้มากกว่าเพศหญิง คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การเที่ยวโสเภณี การสำส่อนทางเพศ ในด้านอายุ 30-34 ปี เป็นวัยทำงานและมีสังคมกับเพื่อนร่วมงานและอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ทำให้มีเพศสัมพันธ์และสำส่อนทางเพศ

ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.86 ซึ่งสอดคล้องกับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้าง เป็นผู้ใช้แรงงาน ร้อยละ 69.75 และสอดคล้องกับรายได้ของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และรายได้ของครอบครัวไม่สูงนัก แต่ส่วนใหญ่ยังไม่มีปัญหาการเงินมีรายได้พอใช้ ร้อยละ 56.30 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ พัชรี ตั้งตุลยางกูร⁽⁴¹⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ส่วนตัวและครอบครัวไม่สูงนัก แต่ยังไม่ปัญหาเรื่องการเงิน และส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.2 และส่วนใหญ่เป็นพนักงานธุรการ พนักงานขาย แรงงาน กึ่งฝีมือและไม่มีฝีมือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา การศึกษาน้อย และมีอาชีพรับจ้างเป็นผู้ใช้แรงงาน จึงทำให้มีรายได้น้อย และรายได้ของครอบครัวไม่สูงนัก แต่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน มีรายได้พอใช้ ซึ่งอาจเป็นเพราะรู้จักใช้จ่าย ประหยัด และอดออม มีน้อยใช้น้อย ไม่มีหนี้สิน ดำรงชีวิตตามอัตภาพ และรายได้ของตน

กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ทราบผลการวินิจฉัยคือคนในครอบครัว ซึ่งครอบครัวเห็นใจและไม่รังเกียจ ดูแลให้กำลังใจ ร้อยละ 71.96 ซึ่งในครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย มีความรักใคร่ผูกพันและมีความอบอุ่น เมื่อบุคคลในครอบครัวป่วยก็จะดูแลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความผูกพันรักใคร่และห่วงใยครอบครัวมาก ถ้าเลือกได้ อยากดูแลบุตร ร้อยละ

14.29 ในด้านสังคมผู้ร่วมงาน เมื่อทราบจะรังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย ร้อยละ 56.94 เนื่องจากความไม่รู้ ไม่เข้าใจในโรคเอดส์ คิดว่าติดต่อกันได้ง่าย และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำให้เกิดการรังเกียจ ไม่คบค้าสมาคมด้วย⁽³⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มารยาท วงษาบุตร⁽⁴⁹⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ความช่วยเหลือดูแล ร้อยละ 70 และผู้ร่วมงานรังเกียจร้อยละ 14.29

ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ได้รับเชื้อเอดส์คือ การได้รับเชื้อโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มต่างเพศ รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 75.63 และ 13.45 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลที่เราศึกษาแล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาน้อย ทำให้ไม่มีความรู้เรื่องโรคและการป้องกันจึงปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกองระบาดวิทยา (2545) ซึ่งพบว่า ปัจจัยเสี่ยงเกิดจากเพศสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมาคือ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดเข้าเส้น และระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 1-3 ปี ร้อยละ 41.18 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของเกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์⁽⁴⁷⁾ ที่พบว่าระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 38 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ใช้แรงงานมีอาชีพรับจ้างรายได้น้อย ต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงตัวเองหาเช้ากินค่ำ จึงไม่มีเวลาดูแลตนเอง ทำให้ละเลยในด้านสุขภาพ ซึ่งไม่ทราบว่าตัวเองป่วยจนเริ่มมีอาการปรากฏจึงไปรับการรักษา ทำให้ระยะเวลาที่ทราบว่าป่วยเป็นระยะเวลานาน 1-3 ปี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเหตุผลที่มารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุคือ กลัวถูกสังคมรังเกียจ ไม่มีคนดูแล กลัวว่าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ไม่มีเงินรักษา เนื่องจากมีรายได้น้อย เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และมีอาการของโรคเอดส์ก่อนมารับการรักษาที่วัดฯ ซึ่งคนทั่วไปมักตั้งข้อรังเกียจ คิดว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงไม่ปรารถนาที่จะใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้เกิดการทอดทิ้ง ปฏิเสธการคบหาหรือบางแห่งปฏิเสธการให้ทำงานทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ เมื่อมีอาการของโรคเอดส์

หลังเข้ารับการรักษาที่วัดฯ พบว่าเคยรักษาในหอผู้ป่วยในวัดพระบาทน้ำพุ (บ้านวลัยลักษณ์ และบ้านเมตตา) อย่างน้อย 1 ครั้ง เนื่องจากมีอาการของโรคเอดส์ ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย เพราะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคฉี่หนูโรคปอด ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยจนถึงปัจจุบันอยู่ระหว่าง 1-2 ปี และเนื่องจากร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกัน จึงทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ส่วนใหญ่จะมีอาการทางกาย พบว่ามีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางผิวหนัง การติดเชื้อในช่องปาก และความผิดปกติของกระดูก และข้อ ทำให้มีผลต่อสุขภาพ ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวด เบื่ออาหาร มีไข้ และคันตามร่างกาย ไอ่ หอบ เหนื่อย ซึ่งส่วน

ใหญ่ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ยารักษาวัณโรค ยาปฏิชีวนะ ยาแก้แพ้แก้คัน ยาแก้ปวดลดไข้ ยาระบาย ยาระบบทางเดินอาหาร, ทางเดินหายใจ วิตามิน ยาหยอดตา และหู

2. ความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง

ความชุกของภาวะซึมเศร้า จากการวิจัยครั้งนี้ พบร้อยละ 42.02 โดยที่ร้อยละ 57.98 ไม่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มซึมเศร้าที่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 2.52 และกลุ่มซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 39.50 ซึ่งใกล้เคียงกัน กับการศึกษาของพัชรี ตั้งตุลยากร พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีภาวะซึมเศร้าสูง ร้อยละ 19.4 และ ซึมเศร้าสูงถึงขั้นผิดปกติทางจิตเวช ไม่มากนัก ร้อยละ 9.4 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลโล คูปตันินวิตติยกุล⁽⁴⁶⁾ ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยพิการไทย จำนวน 108 ราย พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 40.7 และคล้ายกับการศึกษาของคันสนีย์ สมิตะเกษตริน⁽⁴⁴⁾ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อน ซึ่งป่วยเป็นโรคร้ายแรงและสังคมรังเกียจ พบว่า มีความซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Constantine G. Lyketsos และคณะ⁽⁶⁷⁾ ศึกษาอาการซึมเศร้า และอาการเข้าสู่โรคเอดส์ระยะสุดท้าย พบว่า มีภาวะซึมเศร้าสูงเมื่ออยู่ในระยะของการมีอาการของโรค เหมือนกับการศึกษาของ Richard Neugebauer และคณะ⁽⁵⁸⁾ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ทุกรายมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ซึมเศร้ารุนแรง จนฆ่าตัวตาย โดย Peter M. Marzuk et al⁽⁶¹⁾ ศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโรคเอดส์ มีอาการจิตซึมเศร้า และสับสน พบว่ามีการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 18.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Havey Max Chochinov และคณะ⁽⁶²⁾ พบว่า ผู้ต้องการตายมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 58.8 และการศึกษาของ Jones, James R. and Dilley, Jame W.⁽⁶³⁾ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีภาวะ mild depression ร้อยละ 32, moderate depression ร้อยละ 24 และ ร้อยละ 18 มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่จากการศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าไม่พบว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายในขณะที่พักรักษาตัวที่วัดพระบาทน้ำพุ

3. ความชุกของภาวะวิตกกังวล

พบว่าความชุกของภาวะวิตกกังวล จากการวิจัยครั้งนี้พบร้อยละ 47.06 และ ร้อยละ 52.94 ไม่มีภาวะวิตกกังวล ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ พัชรี ตั้งตุลยากร⁽⁴¹⁾ พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 38.3 และไม่มีปัญหาภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 61.7 โดยจำแนกกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลที่สามารถวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 5.04 และกลุ่มที่มีภาวะวิตกกังวลสูง แต่ยังไม่สามารถวินิจฉัย

ว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช ร้อยละ 42.02 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุदनอม รอดอ่วม⁽³⁹⁾ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.3 และระดับสูง ร้อยละ 6.7 และใกล้เคียงกับการศึกษาของ คັນสนีย์ สมิตะเกษตริน⁽⁴⁴⁾ ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อน พบว่า มีความวิตกกังวลเล็กน้อยถึงปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้า

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ ANOVA พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าดังนี้

สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีรายได้สูง เคยอยู่อย่างสุขสบาย เมื่อมีอาการของโรคเอดส์ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้มีผลต่อรายได้ที่มาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานด้านปัจจัย 4 ของมนุษย์ได้ ต้องเป็นภาระกับผู้อื่นมีผลต่อความรู้สึกด้อยกว่าทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเป็นปมด้อย ผู้ป่วยจะซึมเศร้า อาจคิดฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรเณสัช⁽⁴²⁾ ซึ่งพบว่าครอบครัวผู้ติดเชื้อต้องมีภาระเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย ค่าเดินทาง และครอบครัวยังขาดรายได้ในส่วนที่ผู้ป่วยหามาได้แต่รายจ่ายยังเพิ่มขึ้น ทำให้ครอบครัวตกอยู่ในภาวะหนี้สินทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าสูง

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ น้อยกว่า 1 เดือน เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และเมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี ANOVA พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อธิบายได้ว่า ในระยะแรกที่เข้ารับการรักษาที่วัดฯ ยังปรับตัวและทำใจที่จะยอมรับกับภาวะที่ตัวเองป่วยจากอาการของโรคเอดส์ คิดว่าตัวเองเป็นโรคร้ายแรง รักษาไม่หาย ต้องตายแน่นอน มีความทุกข์ในจิตใจสูง เกิดภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยปรับตัวได้จากหลาย ๆ ปัจจัยสนับสนุน ซึ่งทางวัดฯ มีกิจกรรมกลุ่มและโครงการฯ ต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยที่อยู่วัดฯ นาน ๆ ที่ภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งในระยะที่ปรับตัวไม่ได้จะมีกระบวนการในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียด⁽³⁷⁾ ซึ่งคล้าย ๆ กับการติดเชื้อในระยะแรกคือ การช็อคจากการที่ได้ทราบตนเองเป็นโรคที่น่ากลัว และน่ารังเกียจ ยังไม่มียารักษาหายขาด ระยะนี้เขาจะไม่สามารถควบคุมความคิดตนเองได้ ไม่สามารถวางแผนอย่างมีเหตุผลได้ จะใช้กลไกการป้องกันทางจิตใจ โดยการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นโรคนี้ ต่อมาจะเริ่มกลไกป้องกันทางจิตใจ โดยการปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นโรคนี้ และอาจใช้

Compensation ได้แก่ การชดเชยไปทำอย่างอื่นแทนเพื่อให้ตนสบายใจขึ้นหรืออาจใช้ projection ได้แก่ การโทษผู้อื่น หรือลงโทษตนเอง ปฏิกริยาที่พบอื่นได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หรือวิตกกังวล ก้าวร้าว ถ้ากลไกทางจิตที่ใช้เพื่อปรับตนเอง ถ้าทำสำเร็จ เริ่มยอมรับว่าตนมีอาการป่วยจากโรค เอ็ดส์และต่อสู้กับโรค วางแผนที่จะรักษาและป้องกันตนเอง แต่ถ้าไม่สำเร็จอาจเกิดมีอาการทางจิตเวชได้

บุคลิกภาพแบบ E scale และ N scale มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ อธิบายได้ว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ จะมีลักษณะอารมณ์อ่อนไหวง่ายกว่าปกติ ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย หุนหันพลันแล่น ชอบแสดงออก ใจร้อน ขาดความระมัดระวัง ก้าวร้าว ต่อต้านผู้มีอำนาจเหนือกว่า และมีพฤติกรรมไม่คงเส้นคงวา ทนต่อความคับข้องใจได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยไม่สามารถทนต่อปัญหาได้ และเมื่อเกิดภาวะที่มีความเครียดนาน ๆ จากการเจ็บป่วย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ซึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เรส และคณะ (อ้างใน สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์)⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษา พบว่าบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลกับความเครียดนั้นคือบุคลิกภาพแบบ N scale (แบบอ่อนไหวทางอารมณ์) และ อีสเซน (Eysenck. อ้างในประจิตต์ ประจักษ์จิตต์)⁽⁶⁶⁾ ได้ศึกษาว่าผู้มีบุคลิกภาพแบบ Neuroticism-Introversion มีลักษณะเก็บตัว ใจร้าย และไม่ยืดหยุ่น ทำให้คิดถึงแต่เรื่องของตัวเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสูง และเมื่อทำการทดสอบเพื่อหาปัจจัยที่จะทำนาย การเกิดภาวะซึมเศร้าพบว่าบุคลิกภาพ N scale มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ คือบุคลิกภาพ N scale สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 26.7

แรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi square พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย ANOVA พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทางด้านอารมณ์ การยอมรับ และเห็นคุณค่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้แสดงความคิดเห็น การได้ตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น และการได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มของวัดฯ และช่วยดูแลผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะทำให้มีภาวะซึมเศร่าลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภักทภัสส์⁽⁴²⁾ พบว่าครอบครัวที่มีสัมพันธ์ภาพปานกลางกับผู้ป่วยให้การสนับสนุนในด้านการให้ความรู้ถึงสภาวะเห็นใจ เข้าใจ และยอมรับ และใกล้เคียงกับการศึกษาของ บังอร ศิริโรจน์ และคณะ⁽⁴⁰⁾ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะความเครียดสูง และประสบกับปัญหาในการปรับตัวมาก

และเมื่อหาค่าความสัมพันธ์แบบ ประสิทธิภาพสหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภาวะซึมเศร่ามีความสัมพันธ์กันเชิงลบ ($r = -.440$) กับ

แรงสนับสนุนทางสังคม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าสูงในทางกลับกันผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

ในการวิเคราะห์ แบบการทดสอบด้วย Chi-square และ ANOVA เท่านั้นยังไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จึงได้ทำการทดสอบโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และบุคลิกภาพแบบ N scale มีต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถเป็นตัวแปรพยากรณ์ การเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.4 และ เมื่อเพิ่มเติมตัวแปรบุคลิกภาพแบบ N scale สามารถพยากรณ์ได้ร้อยละ 26.7 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 2 นี้ จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับภาวะวิตกกังวล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลดังนี้

รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้น้อยกว่า 3001-5,000 บาท/เดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล เมื่อใช้สถิติ Chi-square แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วย ANAVO พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อธิบายได้ว่ารายได้เป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล สถานภาพเศรษฐกิจที่รัดตัว ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ ผู้ติดเชื้อที่มีรายได้น้อย หรือฐานะยากจน จะมีปัญหาความวิตกกังวล ทั้งเรื่องของการเจ็บป่วย การทำงาน และรายได้ที่ไม่พอกับรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ต้องเข้าโรงพยาบาลเมื่อมีอาการของโรคเอดส์ ทำให้เกิดความเครียด และภาวะวิตกกังวล ซึ่งต่างจากผู้มีรายได้ดี ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายและที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ในระหว่างการเจ็บป่วย เพื่อดำรงภาวะสุขภาพรวมทั้งสามารถดัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของตนเอง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากไม่ต้องพะวงกับปัญหาการเงิน มีแนวโน้มที่จะดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ที่ต้องเผชิญกับปัญหาค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ ซึ่งโรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีการเจ็บป่วยทางกายบ่อย ๆ นอกจากนั้นภาวะของโรคเองยังเป็นอุปสรรคในการทำงานหารายได้ของผู้ป่วย รายได้ที่เคยได้รับขาดหายไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้ปัญหาเศรษฐกิจทวีเพิ่มมากขึ้น⁽⁴²⁾

บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANAVO พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ อธิบายได้ว่า บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ มีพฤติกรรมไม่คงเส้นคงวา ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ต่อต้านผู้มีอำนาจเหนือ ก้าวร้าว รุนแรง ชอบแสดงออก ใจร้อนขาดความระมัดระวัง หุนหันพลันแล่น มีความอดทนน้อย เมื่อมีภาวะคับข้องใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะวิตกกังวลสูง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ เรส และคณะ (อ้างใน สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์)⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษาพบว่าบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลกับความเครียดนั้นคือ บุคลิกภาพ แบบ N scale (แบบอ่อนไหวทางอารมณ์)

แรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และ ANOVA พบว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ในระดับสูงทางด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ เห็นคุณค่า และด้านแรงงาน เพราะความใกล้ชิดส่งผลต่ออารมณ์ โดยส่วนรวม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น และไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Weiss 1974 อ้างใน เนตรนภา คู่พันธ์วิ) ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสังคมชนบทไทย มีลักษณะของครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วยครอบครัวเดียว และญาติพี่น้องอยู่ภายใต้ชายคาเดียวกัน หรือเขตบ้านเดียวกัน ทำให้มีความรัก ความอบอุ่น เป็นแหล่งที่ให้กำลังใจแก่สมาชิกให้เผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ลักษณะของระบบเครือญาติจึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนด้านการบริการด้านข้อมูลด้านการมีส่วนร่วม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในเรื่องการแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น การร่วมกิจกรรมของวัดพระบาทน้ำพุ ความรู้สึกมีส่วนร่วมของส่วนรวม รู้เรื่องราวของความเป็นไปของคนรอบข้าง เช่นในวัดพระบาทน้ำพุ มีกิจกรรมกลุ่มและมีการกำหนดกิจวัตรประจำวันทุกวันให้ผู้ป่วย มีการเทศน์ของพระ มีกิจกรรมทางศาสนา และการมีส่วนร่วมช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

และเมื่อหาค่าความสัมพันธ์แบบประสิทธิสหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างภาวะวิตกกังวลและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าภาวะวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับเชิงลบ ($r = -.371$) กับแรงสนับสนุนทางสังคมคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำจะมีภาวะวิตกกังวลสูง ในทางกลับกัน ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะวิตกกังวลต่ำ

ในการวิเคราะห์แบบทดสอบด้วย Chi-square และ ANAVO เหนี่ยังไม่สามารถทำนายการเกิดภาวะวิตกกังวลได้ จึงได้ทำการทดสอบโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้ ร้อยละ 12.0 เมื่อเพิ่มตัวแปรบุคลิกภาพ N scale สามารถ

พยากรณ์ได้ร้อยละ 19.6 เมื่อเพิ่มตัวแปรตัวสุดท้ายคือ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย สามารถเพิ่มการพยากรณ์ได้เป็นร้อยละ 23.7 ดังนั้น ตัวแปรทั้ง 3 จึงเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเกิดภาวะวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่ามีภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลค่อนข้างสูง ควรมีการให้บริการดังนี้

1. การให้บริการการปรึกษากับผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้นและอาจต้องดำเนินการในเชิงรุกเพราะปัจจุบันเป็นการตั้งรับเพียงอย่างเดียว ควรจะเพิ่มประสิทธิภาพผู้ให้การปรึกษาโดยการอบรมเพิ่มเติมโดยเน้นในด้านภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งอาจถึงฆ่าตัวตายได้สูง ถ้าไม่ได้รับการดูแลที่ดีและการช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในภาวะใกล้ตาย นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแบบองค์รวม (Holistic) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านร่างกายควรให้การดูแลและควบคุมอาการต่าง ๆ ของโรคให้ดีที่สุด เพราะผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงจะมีภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลและรัฐควรช่วยเหลืออย่างจริงจังในด้านยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ในด้านจิตใจ ควรได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมและควรให้การรักษาที่ถูกต้อง ในกรณีผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวล ส่วนในด้านสังคมพบว่า รายได้ของผู้ป่วย สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้เฉลี่ย บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบริการของรัฐควรเข้าไปสนับสนุนให้บริการแบบครบวงจร โดยให้บริการฟื้นฟูแบบเบ็ดเสร็จทุกด้านไปพร้อม ๆ กัน และอย่างสืบเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ในผู้ป่วยที่อาการดีแล้วสามารถประกอบอาชีพอยู่กับครอบครัว และสังคมปกติภายนอกได้ ก็จะช่วยลดภาวะสิ้นเปลืองงบประมาณและทรัพยากรของวัดพระบาทน้ำพุ และรัฐลงได้บ้าง จากการต้องสงเคราะห์ผู้ป่วยตลอดชีวิต

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสำคัญมากกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว เห็นคุณค่า โดยการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว และผู้รักษา ซึ่งที่วัดพระบาทน้ำพุได้จัดกิจกรรมซึ่งมีมากพอสมควร ได้ดำเนินโครงการธรรมรักษานิเวศน์ และโครงการรักษามนุษย์สำหรับผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย นอกจากนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการช่วยเหลือ โดยเป็นผู้ค้นหาเป็นการทำเชิงรุกและพัฒนาการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า โดยส่งเสริมบุคคลในครอบครัว ให้เห็นถึงความสำคัญของตนเองในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนบุคคลทั่วไป ให้การสนับสนุนด้านบริการ โดยให้กำลังใจ สนใจ และแสดงความห่วงใย ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลยินดีรับฟังปัญหา เพื่อบรรเทาความทุกข์ที่เกิดขึ้นและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล นอกจากนี้ควรให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ในด้านส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยแนะนำบุคคลในครอบครัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสังคมตามปกติ ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนท้องถิ่น ชักนำผู้ป่วยเข้ามามีส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ควรเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่บุคคลทั่วไป เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติผิด ๆ ที่มีอยู่ให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลในสังคมปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนบุคคลปกติทั่วไป

3. การพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ควรให้ทราบถึงความหมายและมโนทัศน์ของคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจากการป่วย เมื่อมีอาการจากโรคเอดส์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลอาจฆ่าตัวตายได้ ส่วนในด้านการเรียนการสอน ควรเน้นให้บุคลากรตระหนักถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม บุคลิกภาพแบบอ่อนไหวทางอารมณ์ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว เพื่อให้บุคลากรทางด้านพยาบาลจะได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ให้ข้อมูลแก่ญาติที่ใกล้ชิด และให้ความรู้แก่ชุมชนให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ และยังเป็นผลดีต่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์อีกด้วย

4. ด้านการวิจัย ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ความคาดหวัง ทัศนคติ อัตมโนทัศน์ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกภายใน และควรนำผลวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางร่วมพิจารณาในการศึกษาวิจัยที่จะนำเอาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลอง หรือเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางหรือรูปแบบในการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับความต้องการของ

ผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว สังคมอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต และสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ . **โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์**. (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2531-2534) กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
2. กองระบาดวิทยา สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข . **สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
3. บำเพ็ญจิต แสงชาติ . **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยเอดส์ : การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย** . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , 2540.
4. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. บรรณาธิการ. **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
5. กองโรคเอดส์ . **การคาดประมาณผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย** . กรุงเทพมหานคร : เจ เอส การพิมพ์ . 2541.
6. ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ . **การเตรียมจิตใจของผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติ** . คลินิกเวชปฏิบัติ 2545 ; 18 (1) : 5 – 9.
7. ขวัญตา บาลทิพย์ , อารมณ์ เชื้อประไพศิลป์ , พัชรียา ไชยสังกา . **ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งในภาคใต้** . **วารสารสหภาพพยาบาล** 2544 ; 16 (1) : 39 – 55.
8. กองระบาดวิทยา สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 24**. (6 August) 1993 : 4-9,22.
9. ยงค์ รุ่งเรือง . **โรคติดเชื้อ เอช ไอ วี / เอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่** . ใน : พิไลพันธ์ พุทธิวัฒนะ , บรรณาธิการ. **เอช ไอ วี และจุลชีพฉวยโอกาส**. กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย . 2541 : 182 –183.
10. พงษ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา. **HIV infection in Pregnancy**. ใน *Controversies in obstetrics and gynecocology*. มานี ปิยะอนันต์. บรรณาธิการ, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
11. เกียรติ รัชรัฐธรรม . **ลักษณะทางคลินิก และระยะต่างๆ : การวิจัยทางคลินิก**. สุพรรณบุรี : สหมิตรพริ้นติ้ง . 2541.

12. สุพร เกิดสว่าง. "การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่ไปสู่ลูก". ในเอกสารประกอบการสัมมนาโรคเอดส์แห่งชาติครั้งที่ 1. ระหว่างวันที่ 20-22 มีนาคม 2534 ณ โรงแรมสยามซิตี้. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท., 2534.
13. Dugan Do . Death and dying : Emotional , Spiritual , and Ethical support for patients and Families . J Psychosocial Nursing 1987 ; 25 (7) : 21 – 29
14. Emanuel LL , Gunten CF , Ferris FD . The Education for Physicians on End-of-Life Care (EPEC) Curriculum . New York : The Robert Wood Johnson Foundation , 1999
15. สัญชัย วสุนธรา . เอดส์กับความสัมพันธ์ทางจิตเวช . วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ 2532 ; 34 (1) : 75 – 79
16. สุขมกล วิภาวีพลกุล . อาการทางจิตในผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย . เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรเพิ่มพูนทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ มีนาคม 2539 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข , 2539 : 1 – 3
17. Faulstich ME . Psychiatric Aspects of AIDS. Am J Psychiatry 1987 ; 144 (5) : 551 - 556
18. Green J , Sherr L . Dying , Bereavement and Loss . In : Creaner A Me , Green J , editors . Counselling in HIV infection and AIDS . Oxford : Marston ,1989 : 207 – 223
19. Kemp C . Terminal illness : Psychosocial Needs , Problem , and intervention . Texas : WY 152 , 1999
20. Menenberg SR . Somatopsychology and AIDS Victims . J Phychosocial Nursing 1987 : 25 (5):8-22
21. ปรีชา เพ็ญสำอางค์ . ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา แบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยเอดส์ . วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง , 2542
22. Carson , VB . Spiritual Dimension of Nursing Practices. Philadelphia : WE Saunders Company , 1989

23. Stoll RI . **Spirituality and Chronic illness** . In : Carson VB , editor . *Spiritual Dimension of Nursing Practice* . Philadelphia : WB Saunders company , 1989 : 180 – 197
24. Stepnick A , Perry T . *Spiritual Distress* . *J Psychosocial Nursing* 1992 ; 30 (1) : 17 – 24
25. Newshan G . *Transcending the physical : Spiritual aspects of pain in patients with HIV and/or Cancer* . *J Advanced Nursing* 1998 ; 28 (6) : 1236 – 1241
26. Highfield MF , Carson C . *Spiritual needs of patients*. *Cancer Nursing* 1983 ; 6 : 187 – 192
27. Carson VB , Soeken KL , Shanty I , Terry L . *Hope and Spiritual Well – Being : Essentials for living with AIDS* . *Perspective in Psychiatric Care* 1990 : 26 (2) : 28 – 34
28. สมศร เชื้อหิรัญ . **คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้น : การพยาบาลจิตเวช** : กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย . 2519
29. ดวงใจ กษานติกุล . **คำนิยาม การจำแนกโรคตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน . โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และอารมณ์ผิดปกติ** . 1999 : 3 – 17
30. ฉวีวรรณ สุตะบุตร . **มโนทัศน์สำคัญทางการพยาบาลจิตเวช : ความวิตกกังวลในรายงานการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวช ครั้งที่ 2**, จัดทำโดยคณะกรรมการชมรมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 75–78. กรุงเทพฯ. 2534
31. มาโนช หล่อตระกูล , ปราโมทย์ สุคนิชย์ . **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี** . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สรีชาญาณการพิมพ์ . 2539
32. สันต์ หัตถิรัตน์ . **การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง** . กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล . 2521
33. Saunders C . *Terminal Care* . in : Garfield CA , editor . *Psychosocial Care of the dying Patient* . NewYork : **Mc Graw Hill Bood Company** , 1987 : 22 – 23
34. Kastenbaum R.J. *Death , Society , and Human experience* . Arizona : A viacon company , 1998
35. Kubler Ross, E. *On death and dying*. New York : Macmillan. 1969.
36. Corr CA , Nabe CM and Corr DM . *Death and Dying , Life and living : HIV infection and AIDS* . Wadsworth , 2000 : 527 – 553.

37. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือ แนวทางการให้บริการปรึกษา
แนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก, 2539 ; 15 : 17-21.
38. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. **รวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ พ.ศ.2531-
2537,2539**. กรุงเทพมหานคร ; 2539 ; 192,136,268.
39. สุดถนอม รอดอ่วม. **ความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการที่หน่วยให้
คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา**. คณะบัณฑิต-
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
40. กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. **บทคัดย่อผลงานทางวิชาการ การสัมมนาระดับชาติ
เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด, 2539 : 49-90.
41. พัชรี ตั้งตุลยางกูร . **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้า กับความ
วิตกกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรง
ของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วย และปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV /
ผู้ป่วยเอดส์**.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการให้คำปรึกษา.
มหาวิทยาลัยรามคำแหง , 2538
42. จิตรา เจริญภัทรภักซ์. **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น
ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบาราศนราดรุร.**
วิทยาศาสตรสังคมนสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
43. รัตนา มุขธระโกษา. **ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาล-
จุฬาลงกรณ์**. คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2538.
44. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน. **สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อน**. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
45. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี. **สภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอดส์**. วิทยนาร่องใน AIDS
RESEARCE IN THAILAND, รวบรวมและจัดพิมพ์โดยสำนักงานประสานงาน
วิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : กระทรวง-
สาธารณสุข, 2533.
46. วิไล คุปต์นริติคัยกุล. **ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย**. **สารศิริราช**. 2540 ;
49(6) :566-73.

47. เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์. การได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในโครงการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของจังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์-มหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย-มหิดล, 2541.
48. อรทัย ไสมนรินทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
49. มารยาท วงษาบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.
50. เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา-การพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
51. นิตยา คงชุม. บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับปรุงตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
52. เอื้อมพร กาญจนรังสีชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมแบบอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดในสถานเสาวภาและเข้ารับการรักษาในสถานพิษ. วิทยานิพนธ์-มหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
53. อัมพร ศิริลย์. ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
54. Lesserman J., D.O. Perkins and D.L. Evans. Coping with the Threat of AIDS : The role of social support. American Journal of Psychiatry. 1993 ; 149(11) : 1514-20.

55. สรินรัตน์ ตั้งชูรัตน์. **การศึกษาเปรียบเทียบภาวะและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ที่เป็นญาติกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติ.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
56. Diana O. Perkins et al. Personality Disorder in patients infected with HIV : A controlled study with implications for clinical care. **American Journal of Psychiatry.** 1993 ; 150 : 309-15.
57. Constantive G. Lyketsos , Donald R . Hoover et.al . Changes in Depressive symptoms as AIDS Develops . **Am I Psychiatry** 1996 : 1430-1437.
58. Richard Neugebauer , Judith G Ronkin , Janet B.W. et.al. Bereavement Reactions Among Homosexual Men Experiencing Multiple Losses in The AIDS Epidemic . **Am I Psychiatry** 1992:1372–1379.
59. Dobra E. Lyon , Janet B. Younger . Purpose in Life and Depressive Symptoms in Persons Living with HIV Disease . **Journal of Nursing Scholarship** , 2001 : 129 – 133.
60. Ronald C. Kessler , Cindy Foster , Jill Joseph et.al. Stressful Life Events and Symptom Onset in HIV Infection . **Am I Psychiatry** 1991 : 733 – 738
61. Peter M. Marzuk , Helen Tierney , Kenneth Tardiff , Elliot M. Gross . Increased Risk of Suicide in Persons with AIDS . **JAMA** 1998 : 1333 – 1337
62. Harvey Max Chochinov et.al. Desire for Death in the Terminally ill . **Am J Psychiatry** 1995:1185-1191.
63. Jones, James R. and Dille, James W. Rational suicidal and HIV disease. 1993, <http://www.aegis.com/news/ads/1993/AD931471.html>.
64. ปิยะฉัตร หะวานนท์. การพิจารณาขนาดตัวอย่าง. ใน : ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลประวรรตน์, ทวีสิน ต้นประยูร. **หลักการวิจัยให้สำเร็จ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด, 2542 : 126.
65. ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล, อุมารภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. การพัฒนาแบบสอบถาม Hospital and Depression Scale ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** ปี 41 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค., 2539:18-30.

66. ประจิตต์ ประจักษ์จิตต์. **ความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับการเกิดอากาศยานอุบัติเหตุ.**
กรุงเทพมหานคร : วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.
67. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์. **การใช้สถิติในงานวิจัยอย่างถูกต้องและได้มาตรฐาน.**
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บริษัทเฟื่องฟ้า พรินติ้ง จำกัด, 2545.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความชุกของสภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเกียรติจากผู้วิจัยให้เข้าร่วมศึกษาในงานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของสภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ก่อนที่ท่านจะตกลงเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

งานวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของสภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ ในการดูแลรักษาช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมให้มีสุขภาพชีวิต ที่ดีต่อไป

หากท่านตกลงที่จะร่วมการศึกษาวินิจฉัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 27 ข้อ, แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล 14 ข้อ, แบบสอบถามวัดบุคลิกภาพ 48 ข้อ, และแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม 25 ข้อ สำหรับวิธีตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหรือกรอกข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยยินดีจะอ่านให้ฟัง และกรอกข้อมูลให้

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ

การเข้าร่วมการศึกษานี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใด ๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีที่จำเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อ นางเดือนใจ ห่วงสายทอง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ตึกกษณาการกรุงเทพ ชั้นล่าง โทร. 0-1489-4541 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ความชุกของสภาวะซีมีเศร้า ภาพวาดกึ่งวง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเอดส์
ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2545

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจงจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย ผู้วิจัยรับรองว่า จะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางเดือนใจ ห่วงสายทอง)

ในกรณีที่ผู้ยินยอมยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางเดือนใจ ห่วงสายทอง)

หมายเหตุ : ผู้ยินยอมมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในกรอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1.อายุ.....ปี

2.เพศ ชาย หญิง

3.สถานภาพสมรส

โสด คู่ หย่าร้าง หม้าย แยกกันอยู่
 อื่นๆระบุ.....

4.ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อาชีวศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท/เอก
 อื่นๆ ระบุ.....

5.ภูมิลำเนา ก่อนเข้ารับการบำบัดรักษา ที่วัดพระบาทน้ำพุ

ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 ภาคกลาง ภาคตะวันตก
 ภาคตะวันออก ภาคใต้

6.อาชีพก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ แม่บ้าน
 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว เกษตรกรรม
 นักเรียน/นักศึกษา รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง อื่นๆระบุ.....

7.รายได้ของท่านเฉลี่ย (บาท/เดือน)

ไม่มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท
 1,000 - 3,000 บาท 3,001 - 5,000 บาท
 5,001 - 7,000 บาท 7,000 - 9,000 บาท
 9,001 - 10,000 บาท มากกว่า10,000 บาท

8. รายได้ครอบครัวเฉลี่ย (บาท/เดือน)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ | <input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 1,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 1,000 – 3,000 บาท | <input type="checkbox"/> 3,001 – 5,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5,001 – 7,000 บาท | <input type="checkbox"/> 7,001 – 9,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 9,001 – 1,0000 บาท | <input type="checkbox"/> มากกว่า 10,000 บาท |

9. สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว

- มีเงินออม
 พอใช้
 ไม่พอใช้

10. สาเหตุที่ทำให้ท่านได้รับเชื้อเอ็ดส์

- ทางเพศสัมพันธ์ (เพศเดียวกัน)
 ทางเพศสัมพันธ์ (ต่างเพศ)
 เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น
 อื่นๆ ระบุ.....

11. ระยะเวลาที่ทราบว่าคุณติดเชื้อเอ็ดส์จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา..... ปีเดือน.....วัน

12. ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ท่านอาศัยอยู่กับ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว | <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่กับญาติ |
| <input type="checkbox"/> บิดา-มารดา | <input type="checkbox"/> อาศัยอยู่กับบ้านคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ |
| <input type="checkbox"/> อยู่กับสามี/ภรรยา | <input type="checkbox"/> อยู่สถานสงเคราะห์ (รวมทั้งวัดหรือสถานพักพิงอื่นๆ) |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... | |

13. ก่อนเข้ารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ ท่านเคยได้รับการรักษามาก่อนหรือไม่

- ไม่เคย
 เคย จำนวน.....ครั้ง
- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 2. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 3. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 4. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 5. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 6. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 7. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 8. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 9. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |
| 10. ระบุสถานที่..... | สาเหตุการป่วย..... |

14. ครอบครัวของท่านทราบหรือไม่ว่า ท่านติดแอลกอฮอล์

- ทราบ
 ไม่ทราบ

15. ปฏิบัติการของครอบครัวเมื่อทราบว่าท่านติดแอลกอฮอล์

- เห็นใจไม่รังเกียจ คอยดูแล ช่วยเหลือ และให้กำลังใจเหมือนเดิม
 รังเกียจพยายามไม่คบหาสมาคมด้วย
 อื่นๆ (ระบุ)

16. ผู้ร่วมงานของท่านทราบหรือไม่ว่าท่านติดแอลกอฮอล์

- ทราบ
 ไม่ทราบ

17. ปฏิบัติการของผู้ร่วมงานเมื่อทราบว่าท่านติดแอลกอฮอล์

- เห็นใจไม่รังเกียจ คอยดูแล ช่วยเหลือ และให้กำลังใจเหมือนเดิม
 รังเกียจพยายามไม่คบหาสมาคมด้วย
 อื่นๆ (ระบุ)

18. การวินิจฉัยโรคของกลุ่มอาการซึ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม ระบุโรค.....

19. ระยะเวลาที่ท่านเริ่มมีอาการป่วยในข้อ 18 จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา.....เดือน.....ปี

20. อาการทางกายของท่านในขณะนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. โรคแทรกซ้อน

- ติดเชื้อทางเดินหายใจ ระบุอาการ.....
 ติดเชื้อทางเดินอาหาร ระบุอาการ.....
 ติดเชื้อทางสมอง ระบุอาการ.....
 ติดเชื้อทางผิวหนัง(ฝีหนองและลำตัว) ระบุอาการ.....
 ติดเชื้อในช่องปาก ระบุอาการ.....
 ผิดปกติของกระดูกและข้อ ระบุอาการ.....
 ผิดปกติของกล้ามเนื้อ ระบุอาการ.....
 อื่นๆ ระบุ.....

2. โปรดเรียงลำดับความรุนแรงของอาการที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้

จากมากไปน้อย 3 อาการตามลำดับ

- อ่อนเพลียไม่มีแรง
 เดินไม่ได้
 ออกเสียงไม่ได้
 มีอาการปวด
 หายใจไม่สะดวก
 อื่นๆ ระบุ.....

21. ขณะนี้ท่านรับประทานยา (โปรดระบุชื่อยา)

- 1) ชื่อยา.....ระยะเวลาที่รับประทานยานี้.....วัน.....เดือน.....ปี
 2) ชื่อยา.....ระยะเวลาที่รับประทานยานี้.....วัน.....เดือน.....ปี
 3) ชื่อยา.....ระยะเวลาที่รับประทานยานี้.....วัน.....เดือน.....ปี
 4) ชื่อยา.....ระยะเวลาที่รับประทานยานี้.....วัน.....เดือน.....ปี

22. ท่านเคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย (บ้านพลัยลักษณ์ หรือ บ้านเมตตา) หรือไม่

- ไม่เคย
 เคย จำนวน.....ครั้ง
 ครั้งที่ 1 ระบุอาการ.....ระยะเวลานาน.....วัน.....เดือน.....ปี
 ครั้งที่ 2 ระบุอาการ.....ระยะเวลานาน.....วัน.....เดือน.....ปี
 ครั้งที่ 3 ระบุอาการ.....ระยะเวลานาน.....วัน.....เดือน.....ปี
 ครั้งที่ 4 ระบุอาการ.....ระยะเวลานาน.....วัน.....เดือน.....ปี
 ครั้งที่ 5 ระบุอาการ.....ระยะเวลานาน.....วัน.....เดือน.....ปี

23. บุคคลที่คอยช่วยเหลือดูแลท่าน ภายหลังจากที่ท่านติดเชื้อเอชไอวี

- ไม่มีใครดูแล เพื่อน
 บิดา/มารดา สามเณร/ภรรยา
 ญาติพี่น้อง อื่นๆ ระบุ.....

24. ระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการรักษาที่ วัดพระบาทน้ำพุ.....ปี.....เดือน.....วัน

25. บุคคลที่นำท่านมารักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ

- ด้วยตัวเอง บิดา/มารดา
 ญาติพี่น้อง สามเณร/ภรรยา
 เพื่อน อื่นๆ ระบุ.....

26. เหตุผลสำคัญที่ทำให้ท่านมารับการรักษาที่วัดพระบาทน้ำพุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สุขภาพไม่ดี กลัวถูกสังคมรังเกียจ
 ไม่มีคนดูแล ไม่มีเงินรักษา
 ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง กลัวว่าจะมีผลกระทบต่อครอบครัว
 อื่นๆ ระบุ.....

27. ท่านต้องรับผิดชอบดูแล หรือเลี้ยงดูใครบ้าง

- ไม่มีภาระรับผิดชอบ บุตร
 คู่สมรส พี่น้อง
 บิดา/มารดา อื่นๆ ระบุ.....

แบบสอบถามวัดภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาท่าน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่าน ในขณะที่เจ็บป่วย ได้ดีขึ้น กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมายถูก ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่าน

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มากที่สุด และกรุณาตอบทุกข้อ

	คะแนน		คะแนน
1.ฉันรู้สึกตึงเครียด		4.ฉันสามารถหัวเราะและมีอารมณ์ขันในเรื่องต่างๆได้	
() เป็นส่วนใหญ่	3	() เหมือนเดิม	0
() บ่อยครั้ง	2	() ไม่มากนัก	1
() เป็นบางครั้ง	1	() มีน้อย	2
() ไม่เป็นเลย	0	() ไม่มีเลย	3
2.ฉันรู้สึกเพลิดเพลินใจกับสิ่งต่างๆ ที่ฉันเคยชอบ		5.ฉันมีความวิตกกังวล	
() เหมือนเดิม	0	() เป็นส่วนใหญ่	3
() ไม่มากเท่าแต่ก่อน	1	() บ่อยครั้ง	2
() มีเพียงเล็กน้อย	2	() เป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย	1
() เกือบไม่มีเลย	3	() นานๆครั้ง	0
3.ฉันมีความรู้สึกกลัว คล้ายกับว่ากำลังจะมี เรื่องไม่ดีเกิดขึ้น		6.ฉันรู้สึกแจ่มใสเบิกบาน	
() มี และค่อนข้างรุนแรงด้วย	3	() ไม่มีเลย	3
() มี แต่ไม่มากนัก	2	() ไม่บ่อยนัก	2
() มีเพียงเล็กน้อย	1	() เป็นบางครั้ง	1
และไม่ทำให้กังวลใจ		() เป็นส่วนใหญ่	0
() ไม่มีเลย	0		
7.ฉันสามารถทำตามสบาย และรู้สึกผ่อนคลาย		11.ฉันรู้สึกกระสับกระส่าย เหมือนกับจะ อยู่หนึ่งๆไม่ได้	
() ได้ดีมาก	0	() เป็นมากที่สุด	3
() ได้โดยทั่วไป	1	() ค่อนข้างมาก	2
() ไม่บ่อยนัก	2	() ไม่มากนัก	1
() ไม่ได้เลย	3	() ไม่เป็นเลย	0

คะแนน

คะแนน

8.ฉันรู้สึกว่าคุณคิดอะไร ทำอะไร
เชิงขาลง กว่าเดิม

- () เกือบตลอดเวลา 3
() บ่อยมาก 2
() เป็นบางครั้ง 1
() ไม่เป็นเลย 0

12.ฉันมองสิ่งต่างๆในอนาคต ด้วยความเบิกบานใจ

- () มากเท่าที่เคยเป็น 0
() ก่อนข้างน้อยกว่าที่เคยเป็น 1
() น้อยกว่าที่เคยเป็น 2
() เกือบจะไม่มีเลย 3

9.ฉันรู้สึกไม่สบายใจ จนทำให้ปั่นป่วนในท้อง

- () ไม่เป็นเลย 0
() เป็นบางครั้ง 1
() ก่อนข้างบ่อย 2
() บ่อยมาก 3

13.ฉันรู้สึกผวาหรือตกใจขึ้นมาอย่างกะทันหัน

- () บ่อยมาก 3
() ก่อนข้างบ่อย 2
() ไม่บ่อยนัก 1
() ไม่มีเลย 0

10.ฉันปล่อยเนื้อปล่อยตัว ไม่สนใจตนเอง

- () ใช่ 3
() ไม่ค่อยใส่ใจเท่าที่ควร 2
() ใส่ใจน้อยกว่าแต่ก่อน 1
() ยังใส่ใจตัวเองเหมือนเดิม 0

14.ฉันรู้สึกเฟลิดเฟลิดไปกับการอ่านหนังสือ
ฟังวิทยุ หรือดูโทรทัศน์หรือกิจกรรมอื่นๆที่เคย
เฟลิดเฟลิดได้

- () เป็นส่วนใหญ่ 0
() เป็นบางครั้ง 1
() ไม่บ่อยนัก 2
() น้อยมาก 3

การคิดคะแนน

อาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (1,3,5,7,9,11,13) รวมกัน

อาการซึมเศร้า คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด (2,4,6,8,10,12,14) รวมกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบวัดบุคลิกภาพ

ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความเป็นไป ความรู้สึกและการกระทำของท่าน แต่ละคำตอบจะมีช่องว่างข้างท้ายให้ตอบว่า "ใช่" "ไม่แน่ใจ" หรือ "ไม่ใช่"

ให้ท่านลองอ่านและตัดสินใจทีละข้อ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ตามที่ท่านเคยปฏิบัติหรือรู้สึกอยู่เสมอมา โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างข้างท้ายคำถามของแต่ละข้อ ถ้าท่านเห็นว่า ตัดสินใจไม่ได้จริง ก็ให้ทำเครื่องหมายในช่องว่างที่มี "?" แต่ให้ทำเช่นนี้ได้เมื่อไม่แน่ใจจริงๆ เท่านั้น

โปรดทำอย่างรวดเร็ว โดยไม่ต้องใช้เวลาคิดแต่ละข้อนานเกินไป ขอให้ท่านตอบทันทีเมื่อท่านอ่านจบประโยค คือให้ตอบตามความรู้สึกแรกที่เกิดขึ้น โดยไม่ต้องคิดต่อไปอีก คำตอบของท่านไม่มีผิดหรือถูก และไม่ใช้การวัดเขาวงกตปัญหา หรือความสามารถ แต่เป็นการดูวิธีการปฏิบัติตามปกติวิสัยทั่วๆ ไปเท่านั้น

เมื่อท่านเข้าใจคำแนะนำแล้วโปรดลงมือทำได้ ให้ทำอย่างรวดเร็วและโปรดตอบทุกข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
1	ท่านรู้สึกเป็นสุขที่สุดที่ได้ร่วมในการทำงานที่ต้องใช้ความรวดเร็ว			
2	บางครั้งท่านรู้สึกเป็นสุข บางครั้งเศร้าโดยไม่มีเหตุผล			
3	ท่านมักใจลอยในเวลาที่ท่านต้องการมีสมาธิ			
4	ในการคบเพื่อนใหม่ท่านมักเป็นฝ่ายทำความรู้จักกับเขาก่อน			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่แน่ใจ (?)	ไม่ใช่
21	ท่านมักนอนไม่หลับเมื่อมีความวิตกกังวล			
22	ท่านเป็นคนพิถีพิถันในการคบเพื่อน			
23	ท่านเคยรู้สึกไม่สบายใจเมื่อทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ไม่ถูกต้อง			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			

แบบทดสอบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ จากครอบครัว เพื่อน ๆ ตลอดจนผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวา ให้ตรงกับความเป็นจริง ตามความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนในข้อความนั้น ๆ

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็กน้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
1. ฉันมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย					
2. ฉันรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อกลุ่ม					
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ฉันรู้ เรื่องฉันทำงานดี					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

ข้อคำถาม	ไม่ จริง เลย	จริง เล็ก น้อย	จริง ปาน กลาง	จริง มาก	จริง มาก ที่สุด
18. ฉันทราบว่าคนอื่นมีความซื่อสัตย์ในตัวฉัน					
19. ฉันมีบุคคลที่รักและเอาใจใส่ฉัน					
20. ฉันมีเพื่อนร่วมงานที่จะร่วมกิจกรรมในวันเจ็ดขึ้น ๆ ด้วย					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย

ณ วัดพระบาทน้ำพุ ตำบลเขาสามยอก อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

โดย ดร.พระครูอาทรประชานาถ (พระอลงกต ดิกขปัญโญ) เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ

ที่มาของโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์

ดร.พระครูอาทรประชานาถ ได้ตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ ที่กำลังเป็นปัญหาวิกฤติในสังคมไทยจึงก่อตั้งโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายขึ้นในปี พ.ศ.2535 เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกสังคมทอดทิ้ง ให้ได้รับการดูแลบนพื้นฐานของความมีเมตตาธรรม จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้สิ้นลมหายใจอย่างสงบสุขไปสู่สุคติ โดยมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมีพระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ร่วมกันดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ กฎหมาย และจริยธรรม ซึ่งให้การสงเคราะห์ ทั้งด้านที่พัก อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และปัจจัยที่จำเป็น โดยไม่มีการเก็บค่าใช้จ่าย

สภาพทั่วไปของโครงการธรรมรักษ์นิเวศน์

โครงการธรรมรักษ์นิเวศน์ จัดดำเนินการขึ้นในวัดพระบาทน้ำพุ มีเนื้อที่ 51 ไร่ 31 ตารางวา ทิศเหนือและทิศตะวันออกติดภูเขา ทิศใต้ติดที่ทำกินของประชาชน ทิศตะวันตกติดที่ตั้งกรมทหารภายในวัดประกอบด้วย

1. อาคารด้านศาสนา ได้แก่ อุโบสถ ศาลาการเปรียญ หอสวดมนต์ กุฏิสงฆ์ หอฉันท์
2. พระพุทธรูป ได้แก่ หลวงพ่อดำ พระโพธิ์สัตว์ หลวงพ่อขาว และรอยพระพุทธรูปบาท
3. หอผู้ป่วย ได้แก่ บ้านวลัยลักษณ์ บ้านเมตตา 1 และ บ้านเมตตา 2 เป็นสถานที่พักฟื้นสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถรองรับได้ 70-80 เตียง
4. บ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีลักษณะเป็นบ้านตั่งเรียงแถวอย่างเป็นระเบียบ สวยงาม สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แยกเป็นสัดส่วนทั้งชายและหญิง และแยกเป็นสัดส่วนของผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อไวรัสโรค จัดให้อยู่หลังละสองคน ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นสามีภรรยาและบุตร จัดให้อยู่รวมกันหลังละ 1 ครอบครัว เพื่อเป็นการเอื้ออำนวยให้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น
5. หอประชุมใช้สำหรับต้อนรับแขกผู้มาเยี่ยมโครงการ
6. สนามกีฬา
7. เมรุเผาศพ สามารถเผาศพได้วันละ 2 - 5 ราย

วัตถุประสงค์ของโครงการธรรมรักษานิเวศน์

สร้างจิตสำนึกแก่สังคมไทย ให้เกิดมีความเมตตาและมนุษยธรรมต่อกัน ในอันที่จะร่วมใจ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย รวมถึง การสร้างเจตคติที่ดีในการอยู่ร่วมกับ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยความเข้าใจและยอมรับในการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างเป็นปกติสุข ตลอดจนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีเมตตาและมนุษยธรรมภายใต้ ปรัชญาพื้นฐานที่ว่าเมตตาธรรมล้ำจนโลก

การดำเนินงานของโครงการธรรมรักษานิเวศน์

1. ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย โดยมีระเบียบการรับผู้ป่วย ดังนี้

- เป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และอยู่ในระยะสุดท้าย โดยได้รับใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาล เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกำลังอยู่ในระยะสุดท้ายของโรคเอดส์ เป็นหลักฐานในการเข้าพักรักษา

- เป็นผู้ที่มีเอกสารสำคัญ ดังนี้ บัตรประจำตัวประชาชน, ทะเบียนบ้าน, ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)

- ไม่จำกัดอายุ,เพศและศาสนา

- ต้องมีผู้รับรองที่เป็นญาติ หรือผู้ที่รู้จักผู้ป่วยโดยตรง อย่างน้อย 1 คน

- ผู้ป่วยต้องไม่เป็นโรคจิตประสาท พิกัดทางตา หู แขน และขาบริการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย

- ให้การรักษาตามลักษณะอาการ ได้แก่ ตรวจสอบสุขภาพ, ให้การรักษาทางยา, โภชนาการ, และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

- การดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในหอผู้ป่วยและบ้านพัก โดยพยาบาลจะให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและญาติในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่มีญาติมาดูแลจะมีอาสาสมัครและผู้ป่วยอาสาให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมกำลังใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

- การดูแลด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือกันและกัน การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในบ้านพัก การพัฒนาวัด ทำความสะอาดที่พัก ทำสวน และฝึกงานอาชีพไว้จำหน่าย ให้กับผู้มาเยี่ยมชม

- การดูแลด้านจิตวิญญาณ คร.พระครูอาทรประชานาถ ได้จัดการสอนและส่งเสริมการปฏิบัติธรรมตามหลักพุทธศาสนา เช่น การทำบุญ สวดมนต์ ทำวัตรเช้าเย็น และวิปัสสนากรรมฐาน เพื่อให้มีจิตใจหนักแน่นสงบเยือกเย็นและการเจริญมรณาสติเพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย

กิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยบ้านพัก

- 06:00 น. สวดมนต์ นั่งสมาธิ โดยมีพระเป็นผู้นำ
- 06:30 น. พัฒนาวัด เก็บขยะ รดน้ำต้นไม้
- 08:00 น. รับประทานอาหารเช้าวางร่วมกันที่โรงครัว
- 09:00 น. งานประจำวัน ได้แก่ ผู้ช่วยสัปเหร่อ ขับรถ ทำสวน ชักผ้า ช่วยงานโรงครัว ทำความสะอาดในเขตวัด งานซ่อมบำรุง
- 10:00 น. ฝึกงานอาชีพของแต่ละคน ตามความถนัด ได้แก่ งานไม้ เรซิน ปูนพลาสติก ประดิษฐ์ดอกไม้
- 12:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 13:00 น. งานประจำวัน
- 16:30 น. พัฒนาวัด
- 17:00 น. กิจกรรมนันทนาการ และเล่นกีฬา
- 18:00 น. รับประทานอาหารเย็น
- 19:30 น. เติมน้ำมัน สวดมนต์ นั่งสมาธิ รับฟังพระธรรมเทศนา
- 20:00 น. นอน

กิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยที่อยู่หอผู้ป่วย

- 08:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำความสะอาดร่างกายให้
- 09:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำแผลให้
- 10:00 น. นายแพทย์อ็ฟ (แพทย์ชาวเบลเยียม) ตรวจรักษา
- 11:00 น. รับประทานอาหารกลางวัน
- 15:00 น. รับประทานอาหารก่อนอาหาร
- 16:00 น. รับประทานอาหารเย็นและยาหลังอาหาร
- 17:00 น. พยาบาลและอาสาสมัครทำความสะอาดร่างกายให้
- 18:00 น. พักผ่อน

ทีมให้การดูแลผู้ป่วย

ดร.พระครูอาทรประชานาถและพระภิกษุสงฆ์จำนวน 5 รูป, แพทย์อาสาสมัคร (Mr.Paul Yves Wery), พยาบาลวิชาชีพ 1 คน, ผู้ช่วยพยาบาล 9 คน, เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา 2 คน, เจ้าหน้าที่บริการพยาบาล 4 คน, และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาด 6 คน

2. ให้บริการปรึกษาปัญหาโรคเอดส์แก่ผู้ป่วยและญาติ
3. บริการปรึกษาด้านศึกษาคุณงานและฝึกอบรมเรื่องโรคเอดส์
4. ให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ทางสถานีโทรทัศน์ช่อง 5, 11, ไอทีวี และ ยูบีซี
5. ให้การสงเคราะห์ญาติผู้ป่วยโรคเอดส์
6. ให้บริการจัดบรรยายและจัดกิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ในสถานศึกษา

เป้าหมายของโครงการ

- เป็นต้นแบบบ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายในประเทศไทย
- ศูนย์การศึกษาและฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์ ชุมชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์

ระยะสุดท้ายในประเทศไทย

- โรงพยาบาลสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเอดส์

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา

ปี พ.ศ.	ยอดเดิม	รับใหม่	ยอดรวม	ชาย	หญิง
2541	1,355	662	2,017	1,367	650
2542	1,154	833	1,987	1,594	423
2543	1,540	941	2,481	1,772	709
2544	2,553	909	3,462	2,217	1,245
2545*	1,088	288	1,376	721	655

* ยอดรวมถึงเดือน พฤษภาคม 2545

งบประมาณ

- ภาครัฐสนับสนุน ประมาณ 1,000,000 บาท/ปี
- ภาคเอกชน สนับสนุน ประมาณ 5,000,000 บาท/ปี
- ประชาชนบริจาค ประมาณ 8,000,000 บาท/ปี

ค่าใช้จ่าย

- ค่ายาและเวชภัณฑ์ 500,000 บาท/เดือน
 - ค่าอาหาร 300,000 บาท/เดือน
 - ค่าฌาปนกิจ 150,000 บาท/เดือน
 - ค่าตอบแทน 120,000 บาท/เดือน
 - ค่าไฟฟ้า น้ำประปา 50,000 บาท/เดือน
 - ค่าโทรศัพท์ 20,000 บาท/เดือน
 - ค่าเชื้อเพลิง/ยานพาหนะ 30,000 บาท/เดือน
 - ค่าอุปกรณ์สำนักงาน 15,000 บาท/เดือน
 - เบ็ดเตล็ด 25,000 บาท/เดือน
- รวม 1,200,000 บาท/เดือน

- ประวัติโดยย่อ** ดร.พระครูอาทรประชานาถ (พระอาจารย์ออลงกต ดิกขปัญโญ)
เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ ต.เขาสามยอก อ.เมือง จ.ลพบุรี
- เกิด** 9 ธันวาคม 2496
- บ้านเกิด** อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี
- การศึกษา** พ.ศ. 2519 ปริญญาตรีสาขาวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
พ.ศ. 2522 ปริญญาโท สาขาวิศวกรรมเครื่องกล มหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลีย
พ.ศ. 2531 นักรธรรมชั้นโท สำนักเรียนวัดพระบาทน้ำพุ อ.เมือง จ.ลพบุรี
พ.ศ. 2540 ปริญญาเอกสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2542 ปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พ.ศ. 2544 ปริญญาเอกสาขาปรัชญา มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2545 ปริญญาเอกสาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหามกุฏ-
ราชวิทยาลัยตำแหน่งและสมณศักดิ์
พ.ศ. 2533 รัชการเจ้าอาวาส วัดพระบาทน้ำพุ ต.ทะเลชุบศร อ.เมือง จ.ลพบุรี
พ.ศ. 2539 ได้รับพระราชทานสมณศักดิ์ “พระครูอาทรประชานาถ”

ผลงาน

ก่อตั้งโครงการธรรมรักษันิเวศน์ บ้านพักผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.2535 ที่วัดพระบาทน้ำพุ ต.เขาสามยอก อ.เมือง จ.ลพบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ในการสร้างจิตสำนึกของสังคมให้มีเมตตาและมนุษยธรรม ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและสังคม ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตให้ได้มีโอกาสสิ้นลมหายใจอย่างสงบสุข และไปสู่สุคติตามวิถีทางของชาวพุทธ

รางวัลเกียรติยศ

- รางวัลมหิตลวรานุสรณ์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงพระราชทาน
- รางวัลเสมาธรรมจักร สมเด็จพระเทพฯ ทรงพระราชทาน
- รางวัลแสงเทียนส่องใจ พระองค์เจ้าโสมสวลีฯ พระราชทาน
- รางวัลคนดีศรีสังคม จากสโมสรโรตารี
- รางวัลพลเมืองดีเด่น จากสโมสรไลออน
- รางวัลบริการสังคมเพื่อคุณธรรม จากสำนักข่าวกรุงเทพมหานคร

ผู้ป่วยเอดส์ AIDS

ผู้ป่วยเป็นเอดส์เพราะมีอาการซึ่งของภาวะคุ้มกันเสื่อม โดยตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่ปรากฏ
ใน 25 โรคตามการจัดกลุ่มโรคของ CDC⁽⁸⁾ ดังต่อไปนี้

1. Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi หรือ ปอด)
2. Invasive Cervical cancer
3. Coccidioidomycosis ชนิดแพร่กระจาย ของอวัยวะต่าง ๆ นอกเหนือจากปอด หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือ ขั้วปอด
4. Cryptococcosis
5. Cryptosporidiosis และมีอาการนานมากกว่า 1 เดือน
6. โรคติดเชื้อ cytomegalovirus ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง นอกเหนือจากตับ ม้าม และ ต่อมน้ำเหลือง
7. โรคติดเชื้อ cytomegalovirus retinitis
8. HIV encephalopathy เรียก HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute encephalitis จากเชื้อ HIV
9. Herpes simplex นานเกิน 1 เดือน
10. Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่าง ๆ
11. Isosporiasis และมีอาการรุนแรงนานเกิน 1 เดือน
12. Kaposi's sarcoma
13. Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)
14. Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)
15. Lymphoma, primart in brain
16. Mycobacterium avium complex หรือโรคติดเชื้อ M. kansasii
17. Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
18. Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary
19. Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 ปี
20. โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii
21. ติดเชื้อ Penicillium marneffeii
22. Progressive multifocal leukoencephalopathy
23. Salmonella septicemia ซ้ำ ๆ
24. Toxoplasmosis ในสมอง
25. wasting syndrome (emaciation, slim disease)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเตือนใจ ท่วงสายทอง เกิดวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ.2495 สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรเทียบเท่าอนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพฯ ปีการศึกษา 2518 และสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปีการศึกษา 2532 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2545 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย