

บทที่ 2

เอกสารและงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรม ตำราวารสาร เอกสารและบทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1.ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์และผลกระทบ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 ผลกระทบของการป่วยเป็นโรคเอดส์
- 2.แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซิมเสร์่า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซิมเสร์่า
 - 2.2 สาเหตุของภาวะซิมเสร์่า
 - 2.3 ภาวะซิมเสร์่าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.4 ระดับของภาวะซิมเสร์่าและอาการแสดง
 - 2.5 การประเมินภาวะซิมเสร์่า
3. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซิมเสร์่า
 - 3.1 การพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซิมเสร์่า
 - 3.1.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.1.2 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.1.3 เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.1.4 แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซิมเสร์่า
 - 3.2 บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซิมเสร์่า
- 4.การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
- 5.โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม
- 6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7.กรอบแนวคิด

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

1.1 ความหมาย

เอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่องอันเนื่องมาจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) โรคเอดส์พบครั้งแรกเมื่อปี 2524 โดยก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดโดยเฉพาะ Helper T- lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T- lymphocytes ลดลง ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือโรค มะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, อ่างโนสรี เชี่ยวชาญวิทย์, 2540; ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, อ่างโนสรี พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์, 2541) เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัส ใน family Retroviridae และอยู่ใน Genus HIV มี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ HIV-1 และ HIV-2 เชื้อเอชไอวีมีรูปร่างทรงกลม มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100-200 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญ คือ gp 24 ส่วนเปลือกข้างนอกมีไกลโคโปรตีนห่อหุ้มอยู่ ประกอบด้วย gp 120 และไกลโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในส่วนของเปลือกนอกคือ gp 41 เชื่อว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการ fusion ระหว่างผิวเปลือกของไวรัสกับเซลล์คนมีสายพันธุ์กรรมสายเดี่ยว แต่มีจำนวนโครโมโซม 2 ชุด (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, อ่างโนสรี เชี่ยวชาญวิทย์, 2540; สุรพล เกษะเรียนอุดม และชัยศ คุณานุสนธิ์, 2539; 1998)

เชื้อไวรัสเอดส์นี้มีคุณสมบัติต่างจากเชื้อไวรัสอื่นคือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T-lymphocytes ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่เชื้อเอชไอวีไม่ถูกภูมิคุ้มกันของร่างกายทำลาย เมื่อสู่ร่างกายจะเกาะกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์และแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกแล้วสร้าง DNA จาก RNA แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์ โดยผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงในช่วงสัปดาห์ที่ 1-3 ไวรัสที่แฝงอยู่จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก และกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง สามารถตรวจหา antibody ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 แต่อาจไม่พบเชื้อในกระแสเลือด และในขณะที่แฝงอยู่เชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์นั้นโดยตรง จนในที่สุดเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้น เป็นผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งในระบบต่างๆ ได้ (ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, อ่างโนสรี พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์, 2541) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเชื้อเอชไอวีนั้นสามารถแพร่เชื้อได้ทางเพศสัมพันธ์ การแพร่เชื้อทางเลือด และการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537)

1.2 ผลกระทบของการป่วยเป็นโรคเอดส์

1.2.1 ผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ

โรคเอดส์ทำให้ชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเปลี่ยนแปลงไปในทันทีทันใด ไม่สามารถจะกลับคืนได้ เช่น การมีต่อมน้ำเหลืองทั่วตัว ร่างกายผอมแห้ง บางคนมีแผลตามผิวหนังที่

คนทั่วไปรับรู้ว่าจะเกิดจากการติดเชื้อเอดส์ ส่งผลให้อารมณ์และความหวังถูกคุกคาม เกิดความกลัว เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงและภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์นั้นขึ้นอยู่กับระยะของโรค (จริยาวัตร คมพัคฆ์ และคณะ, 2541) ผลกระทบด้านจิตใจต่อความรู้สึกเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ที่ตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทย ซึ่งให้เห็นว่ามีรูปแบบการตอบสนองคล้ายคลึงกันพอสรุปได้ดังนี้ (ทวีทอง วงษ์วิวัฒน์ และคณะ, 2536 : Allan, 1990) มีอาการตกใจและตกตะลึงทันทีที่ทราบว่าผลการตรวจเลือด หวาดกลัวหลายเรื่อง เช่น กลัวตาย กลัวถูกรังเกียจ ซึมเศร้าและเสียใจ รู้สึกสิ้นหวังและหมดหวัง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกโกรธ รู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความวิตกกังวล เหล่านี้จะส่งผลให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรม ภูมิคุ้มกันต่ำลงและเกิดโรคฉวยโอกาสได้ง่าย

1.2.2 ผลกระทบด้านสังคม

ในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่ชัดเจนไม่ถูกต้องทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก มีการแสดงความรังเกียจต่อต้านดูถูกเหยียดหยามและประณามผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์อย่างเด่นชัด บางรายต้องถูกออกจากงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมา เช่น ครอบครัวแตกแยก อาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจิต

1.2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดการเจ็บป่วย ต้องเข้ารับการรักษาตัว ทำให้ขาดงานและขาดรายได้ ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว และผลกระทบด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นงบประมาณของประเทศในการสูญเสียงบประมาณด้านค่ารักษา ถ้ามองในภาพรวมประเทศชาติต้องมีการสูญเสียแรงงานจากการที่ทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นแรงงานที่สำคัญของประเทศชาติป่วยด้วยโรคเอดส์ (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540) ยกตัวอย่างเช่น จากภาระด้านการรักษาของโรงพยาบาลบางจากมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอชไอวี เฉลี่ยเดือนละ 10 ราย ใช้ระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 30 - 40 วัน มีภาระค่าใช้จ่ายเดือนละ 50,000 - 100,000 บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (จากสถิติโรงพยาบาลบางจาก มิถุนายน, 2549)

1.2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อนั้น ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนุหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหิน ทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังและมีความคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่บ่อยๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงการต้องเปลี่ยนเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิมด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ตามมาได้เช่นกัน (พชรชัย, 2545)

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศพอสรุปได้ดังนี้

Beck(1967)ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจ ต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ได้แก่ โศกเศร้า หดหู่ ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ เบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือนภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนี มีพฤติกรรมถอยหนี มีความคิดฆ่าตัวตาย เพิ่มความคิดฟุ้งฟิงผู้อื่น ความคิดซ้ำ มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมถอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ หมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยาก โดยมีระดับความรุนแรง ระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและร่างกาย รวมถึงชีวิตประจำวัน หน้าที่การงานและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) กล่าวว่า เป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียเกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด มีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ รู้สึกมีดมนเบื่อหน่าย จิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า ในที่สุดอาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่และอยากตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงและแตกต่างกันไป พอจะสรุปความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด เป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกถึงภาวะจิตใจที่หม่นหมอง ไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้หมดหวัง หดหู่ มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมและอนาคต ขาดแรงจูงใจ แสดงออกถึงความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม

2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีผู้อธิบายไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานหรือทฤษฎีที่เป็นรากฐานให้พิจารณาสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน (มานิช หล่อตระกูล, 2544; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ทั้งปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวิทยา ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง

ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปอีกรุ่นหนึ่ง จากการศึกษาในกลุ่มแฝดไข่ใบเดียวกันที่มีคนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์ พบว่าคู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบพบเพียงร้อยละ 14 แม้ว่าจะยังไม่สามารถหารูปแบบของการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2536) และมีการศึกษาพบว่าครอบครัวที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 10-15 แต่ถ้าทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคซึมเศร้าลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 (นงคราญ ผาสุก, 2535)

2) ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า

ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวกแคททีโคลามีน (Catecholamine hypothesis) โดยเฉพาะ นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) ที่มี Receptor site ในสมองสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้นและระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดต่ำลงในผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อม จากพันธุกรรม จากองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมหรือจากกระบวนการภายในร่างกายที่มีสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิชิตระกูลถาวร, 2545) นอกจากนี้ยังพบ อุบัติการณ์ของอารมณ์ซึมเศร้าจะสูงขึ้นในภาวะที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน เช่น ภาวะของต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) Cushing's Syndrome

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า

การสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียในความเป็นจริงหรือในจินตนาการที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1989) ซึ่งมักจะเป็นการสูญเสียสิ่งที่เป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะต่างๆที่ทำให้ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง (Self image) เสี่ยง นอกจากนี้การสูญเสียยังทำให้มีอาการโกรธและความไม่เป็นมิตรอยู่ภายใต้จิตใจ แต่ไม่กล้าแสดงออกเพราะกลัวการถูกรังเกียจ เกิดความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายในเวลาเดียวกัน เกิดความลังเล สำนึกผิดในใจ ความรู้สึกที่ไม่ดีผ่นเข้าหาตนเอง (introjection) ก่อให้เกิดความรู้สึกผิด โกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีรู้สึกเศร้ามาก รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองต่ำ (loss of self-esteem) ไม่มีความหมาย ไม่มีความหวัง และเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี (Collins, 1983)

2) ทฤษฎีพัฒนาการและประสบการณ์การเรียนรู้อธิบายว่า ภาวะ

ซึมเศร้า เกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (learned helplessness) จากประสบการณ์ที่ผ่านมา บุคคลตกอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลายๆอย่างไม่ตก ช่วยตัวเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมและแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดการปล่อยให้อาการเกิดแบบเลขตามเลข ไม่ยอมแก้ไข ประกอบด้วยการขาดการเสริมแรงหรือการเสริมแรงที่ไม่เพียงพอ (Inadequate Reinforcement) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะ

ซึมเศร้าของPaykel และคณะ (Paykel et al., 1969) พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีสถานการณ์ที่สะท้อนใจหลายๆเรื่องในระยะ 6 เดือนก่อนเกิดอาการมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 3 เท่า และพบว่าการถูกทอดทิ้งจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต ทำให้มีความรู้สึกเศร้า มีความคิดและความหวังต่อตนเองในทางลบและไม่สามารถปรับตัวได้ มีผลรายงานว่า ปัจจัยทางสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เช่น การไม่มีเพื่อนสนิทหรือบุคคลใกล้ชิด การขาดบุคคลที่ไว้วางใจ ภาวะไม่มีงานทำ การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก จึงกล่าวได้ว่าแรงสนับสนุนจากสังคมและการรับรู้ต่อสถานการณ์ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าและSullivanยังเชื่อว่าสภาพของสังคมรอบตัวหรือความขัดแย้งในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) ก็เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้าด้วย

2.2.3 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจิตใจของบุคคลกับปัจจัยด้านสังคม โดยมองว่าสภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมและจารีตประเพณี เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากกว่าการกระทำของบุคคลนั้นๆ การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอกเชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบ และแยกตัวจากสังคม อีกประการหนึ่งคือ การขาดการสนับสนุนจากสังคม โดยเฉพาะการประสพกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต

2.2.4 ปัจจัยด้านการรู้คิด

ทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) พบว่าความเศร้า เกิดจากการที่บุคคลมีความคิดต่อตนเองในทางลบ คิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้าไว้ 3 ประการคือการมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคตและสิ่งแวดล้อม

1)รูปแบบการมีความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self)

เป็นผลเนื่องจากกระบวนการการคิดในแง่ลบต่อตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่าไม่เป็นที่น่าปรารถนา เนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเองเมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น จะโทษว่าเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2)รูปแบบการมีความคิดในทางลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตในขณะนั้น เต็มไปด้วยอุปสรรค คิดว่าโลกนี้ไม่น่าอยู่ มองโลกในแง่ร้าย มองสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ไม่สามารถทนต่อไปได้อีกแล้วหรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปอย่างไม่สิ้นสุดมองไปข้างหน้า ชีวิตมีแต่ความขาลำบาก ที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ในปัจจุบันก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต มีสภาพหมดหวังคิดว่าไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้หมดอนาคตและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดด้านลบทั้ง 3 รูปแบบนี้เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นอัตโนมัติควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยลักษณะเนื้อหาของความคิดและการแปลความที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ได้แก่ลักษณะเนื้อหาดังต่อไปนี้ (Beck, 1967 อ้างใน เอื้อมเดือน เนตรแซม, 2541)

1. การสรุปเอาเอง (arbitrary inference) เป็นการสรุปความคิดด้วยข้อมูลเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีข้อมูลมาสนับสนุนเลย เช่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเอดส์เมื่อเริ่มรับยาต้านไวรัสเอดส์ระยะแรกอาจมีปัญหาการเจ็บป่วยบ่อยขึ้น อาจคิดว่าการรักษาไม่ได้ช่วยให้อาการดีขึ้นหรือการรักษาแบบนี้ไม่เหมาะกับตน

2. การเลือกรับข้อมูล (selective abstraction) มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ และเพิกเฉยต่อสิ่งที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสุข ซึ่งเป็นเพราะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่ตระหนักถึงความสุข

3. การคิดเกินความเป็นจริง (overgeneralization) มีการสรุปเหตุการณ์บนพื้นฐานของความ เป็นจริงเพียงเล็กน้อยหรือสรุปจากประสบการณ์เพียงอย่างเดียว เช่น เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์จนไม่สามารถทำงานได้ ก็จะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานไปตลอดชีวิต

4. การขยายและการทำให้ลดลง (magnification and minimization) ประเมินความผิดพลาดจากสิ่งเล็กน้อยที่ไม่พึงพอใจ ว่าเป็นความผิดที่ใหญ่โต และประเมินสิ่งสำคัญหรือเหตุการณ์ที่พึงพอใจให้ลดน้อยลง เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบเพียงเล็กน้อย อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเรื่องรุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิดที่บิดเบือน เช่น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีเอดส์ถูกพยาบาลถามอาการด้วยเสียงที่ดังก็คิดว่าพยาบาลผู้นั้นรังเกียจและต้องการจะประจานตน

5. การคิดว่าตนเป็นเหตุ (personalization) คิดว่าตนเองต้องรับผิดชอบในเหตุการณ์นั้นๆ ความคิดนี้จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและรู้สึกไม่มีคุณค่า เช่น เมื่อแม่ที่ดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวีเกิดไม่สบาย อาจคิดว่าที่แม่เป็นเช่นนี้ เพราะต้องดูแลตน คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีที่ทำให้แม่ต้องป่วย

6. ความคิดเฉพาะในด้านใดด้านหนึ่ง มากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous reasoning) เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้ ก็ไม่มีงานอะไรที่ตนต้องทำอีกแล้ว

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม วัฒนธรรมและจารีตประเพณี ปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความคิดอัตโนมัติด้านลบ 3 ลักษณะ คือความคิด

ด้านลบต่อตนเอง ต่อสภาพแวดล้อมและต่อสถานการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อเผชิญปัญหาหรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบการคิดในแง่ลบจะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลให้ระบบความคิดบิดเบือนคิดแต่ในด้านลบไม่สามารถใช้เหตุผลในการคิดจนเกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่างๆตามมา

2.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์เกิดจากหลายปัจจัย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มีความกดดันจากการไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ จากบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ในระยะเจ็บป่วย (พวงเพ็ญ ชุณหปราณ, สุวีพร ธนศิลป์ และสังจา ทาโต, 2541)

ทางด้านร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาและอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสเอดส์ กัดถึงชีวิตที่ต้องทนอยู่กับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ถูกคนรังเกียจจากรูปลักษณะที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส รับรู้ถึงการถูกรังเกียจแต่ไม่สามารถระบายให้ใครฟังได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ผลกระทบจากอาการและการป่วยด้วยโรคเอดส์ ก็เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ; Komiti and other, 2001) บางคนสามารถพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าได้เพราะมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น มีพ่อแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ส่วนด้านจิตใจทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่าการสูญเสียเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียอนาคตและความหวัง ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจ มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ในชีวิต จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่

จากจาริต ประเพณีทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดตราบาปทางสังคม เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวออกจากสังคม เพราะขาดการสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติของสังคมนี้เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ส่งผลกระทบต่อสภาวะด้านจิตใจเป็นสำคัญ ทั้งปัจจัยด้านต่างที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าล้วนมีผลต่อจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสิ้น เพราะเมื่อไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตย่อมทำให้เกิดปัญหาด้านจิตวิญญาณตามมา

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีเชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ความคิดและความรู้สึกมีความคิดด้านลบเกิดขึ้นตลอดเวลา เกิดภาวะเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า (George, 1989 : Pratt, 1995) ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายยิ่งทรุดโทรมมากขึ้น เป็นวงจรที่มีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์หมดกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ผลกระทบจากหลายปัจจัยร่วมกัน มีอิทธิพลมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เมื่อใดก็ตามที่ต้องเผชิญปัญหาหรือประสบกับเหตุการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะคิดวนเวียนอยู่แต่เรื่องเลวร้าย มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า เกิดภาวะซึมเศร้าและผลกระทบต่างๆตามมา

2.4 ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ ตามความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ (Beck, 1952) แต่ละระดับจะแสดงอาการและลักษณะแตกต่างกัน ดังนี้

2.4.1 ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย(Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส(blue mood) อารมณ์เศร้าเหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มิสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ ความตั้งใจในการทำงานต่างๆลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2.4.2 ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ มักจะเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ต่อภาวะสูญเสียและเหตุการณ์คับขัน มีอาการหลายอย่างเช่นเดียวกับ อาการซึมเศร้าในระดับต่ำแต่จะรุนแรงกว่า มีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน ชีวิตครอบครัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นักอาการและอาการแสดงมีดังนี้

- ด้านร่างกาย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือ รับประทานอาหารมากขึ้น นอนไม่หลับโดยเฉพาะตอนเริ่มเข้านอน (early night insomnia) หรือนอนมากเกินไปความสนใจทางเพศลดลง ประจำเดือนขาด อ่อนเพลียรู้สึกเหนื่อยหน่ายอาจรู้สึกสดชื่นช่วงเช้าแต่พอช่วงบ่ายๆ จะรู้สึกเหนื่อยล้ามาก อาจมีอาการทางกาย เช่นปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก อาหารไม่ย่อยและไม่มีแรง

- ด้านพฤติกรรม มีการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำๆ พุดซ้ำหรือพุดน้อยลง สีหน้าท่าทางหดหู่หม่นหมอง ไม่สนใจสภาพแวดล้อม ไม่สนใจดูแลร่างกายของตนเอง อาจใช้สารกระตุ้นประสาท/สารเสพติด เช่น ยาเสพติดหรือสุรา

- ด้านความคิด ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลง ไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำๆ คิดเรื่องเดิมคิดซ้ำๆ (obsession) มองโลกในแง่ร้าย คิดถึงตัวเองในทางไม่ดี รู้สึกตนเองไม่ดีไม่มีความหมายและอาจคิดทำร้ายตนเอง

- ด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเหงา หมดหวังหมดหนทาง สิ่งต่างๆรอบตัวมีคมน ไม่แจ่มใส ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ วิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว

2.4.3 ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในระดับลึกและเป็นอยู่นาน เป็นความเศร้าที่มีอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายไม่สนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ มักถอนตัวออกจากโลกความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อาจมีความคิดฆ่าตัวตายเนื่องจากหลงผิดได้

2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้ามีทั้งประเมินจากการสังเกต สัมภาษณ์ หรือตอบ

แบบสอบถามโดยวิธีการประเมินตนเอง ซึ่งนิยมใช้อย่างแพร่หลายในการพัฒนางานวิชาการและบริการ เนื่องจากเป็นการประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูลและสามารถเก็บข้อมูลซ้ำได้ ตัวอย่างแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีดังนี้

2.5.1 Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D)

สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 เพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกาปรับปรุง และรวบรวมมาจากแบบทดสอบภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันแพร่หลายของ Beck, Raskin, Zung, และ Minnesota เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง ใช้คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การดูแลเบื้องต้นมี 20 ข้อ ถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Split – half ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 - 0.92

2.5.2 Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้าง

ขึ้นในปี ค.ศ.1979 โดย Montgomery & Asberg (1979) เพื่อวัดอาการรุนแรง ของภาวะซึมเศร้าและเพื่อเป็นเครื่องมือของจิตแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช แบบประเมินนี้มีประโยชน์คือ สามารถค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลง ในอาการแสดงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา ข้อความในการประเมินสั้นและไม่เบื้อที่จะใช้เวลาในการประเมิน มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนประกอบด้วยการสัมภาษณ์ และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้คิดเชือเอชไอวี จากการศึกษาหลายครั้งได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 - 0.95

2.5.3 Beck Depressive Inventory สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 สร้าง

ขึ้นเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ในการจัดลำดับหรืออธิบายถึงความเจ็บป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตบำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติ และอาการแสดงจากผู้คิดเชือเอชไอวีกลุ่มนี้โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับแต่ละข้อความมีข้อคำถาม 21 ข้อ ใช้โดยการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบโดยให้กรอกคำตอบลงในกระดาษคำตอบเอง มีเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman – Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ สามารถใช้วัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษา และมีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอทั้งในกลุ่มผู้คิดเชือเอชไอวีโรคซึมเศร้าหรือในกลุ่มคนปกติ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ที่พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck ที่เรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) แปลและเรียบเรียง

โดยมุกดา ศรีขันธ์, 2522 อ้างถึงลัดดา แสนสีหา, 2536) เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย และเป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อจะมีข้อคำถามให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 3 ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคะแนนคำถามทางด้านจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านร่างกาย สำหรับการเกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 5 ระดับ ภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าในระดับมาก ภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง

3. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยตามแนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาชีวิตที่ปกติสุข (Holistic nursing care) คือการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี สามารถลดความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคเอดส์ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3.1 การพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อประเมินพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะซึมเศร้า ต้องได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ซึ่งมีอาการดังนี้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง เบื่อหน่าย มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มีวิธีการรักษา 2 แบบได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนนิษฐ์, 2544, หน้า 145-151; สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2543, หน้า 69-102; สมพร บุชวาทิจ, 2540, หน้า 103-108; มานิต ศรีสุรภานท์ และจำลอง ดิษขวาณิช, 2542; หน้า 171-174)

1. การรักษาด้วยยา สามารถรักษาอาการซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า หรือยาคลายเครียด

2. การรักษาด้วยจิตบำบัด การทำจิตบำบัดเป็นกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวช เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วต้องมีการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชอย่างละเอียดเพื่อการวินิจฉัยโรค คุณลักษณะของผู้ป่วย การปรับตัว วิธีการเผชิญปัญหาในอดีต ดูข้อบกพร่องและข้อดีของผู้ป่วย แล้วนัดผู้ป่วยมาบำบัดเป็นระยะเวลาหนึ่งจนกระทั่งเกิดผล (สมภพ เรื่องตระกูล, 2536, หน้า 196-197)

การช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศูนย์สุขภาพจิตเขต 6, 2543, หน้า 11-14) มีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกเกิดความไว้วางใจและยอมรับการรักษา โดยผู้ดูแลมีที่ทำสนใจยินดีและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ แสดงสีหน้าท่าทางที่เป็นมิตร เห็นใจและตั้งใจฟังเมื่อผู้ป่วยระบายความรู้สึก โดยไม่มีท่าทีไม่เห็นด้วย หรือเห็นว่าเป็นเรื่องไร้สาระ

2. ประเมินความคิดอยากตาย โดยการถามเป็นขั้นตอนดังนี้

2.1 ประเมินอาการซึมเศร้า โดยถามอาการต่างๆที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า

2.2 ถามถึงความคิดอยากตาย เช่น “คนเราเวลารู้สึกเศร้ามักมีความคิดสั้นอยากตาย คุณรู้สึกอย่างนั้นบ้างไหม”

2.3 ประเมินความรุนแรง ด้วยการถามว่า “คิดอยากตายบ่อยแค่ไหน เคยลงมือทำไหม”

2.4 หาสิ่งยึดเหนี่ยว หรือความผูกพันที่ผู้ป่วยมีอยู่

2.5 สนับสนุนและให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยมองเห็นเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องมีปัญหาหรือเจอภาวะวิกฤติต่างๆ ซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยาก หากผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง มั่นคง และสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยก็จะสามารถผ่านวิกฤติไปได้

2.6 เมื่อประเมินพบว่ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เตือนให้พี่น้องรับทราบ และคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ให้คลาดสายตา ป้องกันการทำร้ายตนเองโดยการเก็บวัตถุสิ่งของที่อันตรายให้หมด และพิจารณารับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาอย่างเร่งด่วน

2.7 การรวมกลุ่มและการให้การปรึกษาเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคมของผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติมคือ

1) การติดตามความสม่ำเสมอในการกินยา (Adherence) อย่างน้อย 90-95% คือขาดยาได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน

2) การติดตามประสิทธิภาพในการรักษา จากการวัดระดับ CD4 และปริมาณไวรัส

3) การติดตามผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการรักษา

4) การติดตามโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นได้ระหว่างการรักษา

3.1.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

แนวคิดของการพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของนักปรัชญาองค์รวม โดยเชื่อว่าในเมื่อบุคคลมีพลังอำนาจและโดยธรรมชาติของมนุษย์สามารถหายจากความเจ็บป่วยได้เอง (Self-healing) การจัดให้บุคคลได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดและความอบอุ่นที่พอเหมาะ สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ ปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลในเรื่องความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้เอง เพราะธรรมชาติเท่านั้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหาย

3.1.2 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA อ้างถึงใน สมจิต

ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย-จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาชีวิตที่ปกติสุขต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า “ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาชีวิตที่ปกติสุข หมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสาน กาย-จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่”

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติเพื่อประคับประคองจิตใจ ส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต รวมทั้งเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองแต่ละอย่างส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งคน รวมทั้งในเรื่องสุขภาพจิตด้วย เราไม่สามารถแยกส่วนและจิตออกจากกันได้ การดูแลจึงต้องเป็นแบบองค์รวม

3.1.3 เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม

เป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาชีวิตที่ปกติสุขสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเอง และต่อการ รักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสม และดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา (ผู้รับบริการ) โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษารบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

การดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลนั้นๆ

ฉะนั้นการใช้การพยาบาลแบบองค์รวมจะช่วยให้สามารถดูแลได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ จิตวิญญาณ เนื่องจากครอบคลุมทุกมิติที่สามารถช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพจิต คือ ภาวะซึมเศร้าได้

3.1.4 แนวทางการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะ

ซึมเศร้า

สำหรับแนวทางการดูแลแบบองค์รวมผู้ศึกษาได้นำแนวทางการดูแลแบบองค์รวมของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก)

กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534ก) สรุปได้ดังนี้

ก) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์ จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบ ต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

ข) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็น การรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความ รู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการถามตนเองเกี่ยวกับ สิ่งสำคัญในชีวิต แล้วจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง

ค) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญ ปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ง) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการพัฒนาการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำ โดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึก ว่า...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

ง) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการเรียนรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และควมมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตน รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร้ง คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน และประเมินความสำเร้ง บุคคลที่ประสบความสำเร้ง จะรู้สึกว่าคุณค่าของกิจกรรมนั้นได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น เป็นส่วนสำคัญในการพยาบาลแบบองค์รวม วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก) ได้แก่

ก) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะ ego จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุย แต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

ข) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงนับว่าเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

ก) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร้งลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

ข) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา “วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

ค) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้คุณทราบว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด

4) การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

ก) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

ข) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาลงหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหมาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหได้ด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหที่เหมาะสมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้คุณรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้

ก) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ

ข) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือ

ค) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิต

ง) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุน

จ) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตนตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม

การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทานและการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534ก)

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป กิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่

ก) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

ข) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

ค) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า Endorphin ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติด Morphine หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอนี้จะไม่มีความเครียดทางจิตประสาท

3.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2545) ได้เสนอบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วย ตามกระบวนการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุดท้ายที่พึงประสงค์ทางการพยาบาล ได้มีผู้กล่าวถึงการพยาบาลผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ไว้ 5 ขั้นตอน สามารถนำมาปรับใช้ในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

3.2.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพ

ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

1) การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหารผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้ทางการสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูแลสุขภาพทางด้านร่างกาย

2) การประเมินด้านการคิด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

3) การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นขั้นตอนใด มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ได้อย่างเหมาะสม

4) พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร อาจมีอาการขำคึกขำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

5) ด้านสัมพันธภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้านักแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นพยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อน อย่างเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

3.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้านักมีลักษณะ ดังนี้

- 1) มีความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย
- 2) ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหาร มีอาการเสีร่าซึม

ไม่ยอมกินอาหาร

- 3) พฤติกรรมดกดยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- 4) แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

3.2.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว เน้น

หลักการดังนี้

การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะ การดูแลผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะที่มีอาการของโรคฉวยโอกาสร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับ การดูแลจากพยาบาลในปัญหาต่างๆดังนี้

- 1) การดูแลสภาพร่างกายให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อนนอนหลับและสุขภาพอนามัยที่ดีเนื่องจากผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า มักหมกมุ่นกับ เรื่องของตนเอง จนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

- 2) การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้รับยา ต้านไวรัสและยาป้องกันโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสอย่างถูกต้องและปลอดภัย รวมทั้งยาทางจิตเวชหากมี อาการซึมเศร้ารุนแรง สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- 3) การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่มโดยการสร้าง สัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ใจกว้างใจ และสนับสนุนผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าได้เรียนรู้ ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

- 4) พัฒนาการปรับตัว การมองตัวเอง และมองโลกในทางที่ดี การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแล ระยะยาวและต่อเนื่อง โดย ครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดัง นี้

- ก) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้น การใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ ทั้งผู้คิดเชื่อเอชไอวี ครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน

- ข) การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและในสังคม อย่าง เหมาะสม

- ค) การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วย งานใกล้บ้าน เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

การกำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาลทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้น และสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดย

พิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- 1) เสริมสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ
- 2) ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริม

การเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม

- 3) รักษาสมดุทางด้านชีววิทยา
- 4) ใช้ความคงเส้นคงวา และความชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- 5) ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด
- 6) นำผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ความเป็นจริง โดย

การจัดให้มี กิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

3.2.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะ

ซึมเศร้านั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ประเมิน ได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- 1) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา
- 2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศรมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้ดีขึ้น
- 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศรมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการเรียนรู้ และพัฒนา

ทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น

- 5) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาท

ของตนในครอบครัวดีขึ้น

- 6) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อมีสภาพร่างกายและจิตใจเข้มแข็ง

สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

จะเห็นได้ว่า การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อช่วยเหลือตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแล และครอบครัวจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแล ให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) เน้นการให้ตามแนวความคิดการพยาบาลเพื่อพัฒนาชีวิตที่ปกติสุข โดยการปฏิบัติกรพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือ การช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

สรุปได้ว่า ระบบบริการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว โดยอาศัยระบบบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การให้การรักษาพยาบาลเน้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว มีการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การให้บริการหน่วยงานในเครือข่ายการติดตามการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

4.กระบวนการเรียนแบบมีส่วนร่วม

4.1 ความหมาย

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning)

สำหรับวิธีสอนนั้นมีอยู่หลายวิธีด้วยกันแต่เมื่อศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ได้พัฒนาแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb, 1984(อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2543) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้

ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้เป็นผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

4.1.1 เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน

4.1.2 ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้ฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว

4.1.3 ปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

4.1.4 ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ ออกไปอย่างกว้างขวาง

4.1.5 อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดโอกาสการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ความรู้

4.2 องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย

4.2.1 ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้

4.2.2 การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) หรือการสะท้อนความคิดและการถกเถียง (reflect and discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมี โอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

4.2.3 มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่าย เติมแต่งให้สมบูรณ์หรือทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์กลายเป็นความคิดรวบยอด

4.2.4 การทดลองปฏิบัติ (active experimental) เป็นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment or application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้นั้น ผู้คิดเชื่อเอชไอวีทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ลดการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

1) การใช้ประสบการณ์ของบุคคล (people's experience) โดยเริ่มต้นที่ประสบการณ์ของผู้เรียน และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

2) ผู้เรียนและวิทยากรมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งวิทยากรและผู้เรียนจะสร้างความสัมพันธ์กัน โดยการสื่อสารกันอย่างจริงจัง มีการแลกเปลี่ยนที่เท่าเทียมกัน

3) บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากกลุ่มซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้

4) ต้องมีการติดตามผลโดยภายหลังที่สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาแล้ว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำอะไรต่อไป

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนการสอน คือ พฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่ง Bloom, et al. ได้แบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (ลักษณะ มีเมตตา และคณา, 2539 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2543)

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นความสามารถด้านความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบค่านิยม และการสร้างลักษณะนิสัย ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับด้านพุทธิพิสัยมากเพราะบุคคลจะมีความเชื่อ มีศรัทธา มีความผูกพัน รู้ว่าอะไรดี/ไม่ดี จะต้องรู้จักสิ่งนั้นก่อน พฤติกรรมทั้ง 2 ด้าน จึงแยกกันไต่ยาก

3. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในการใช้อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีความสัมพันธ์ แบ่ง 3 ชั้น คือ การเลียนแบบ การฝึกทำด้วยตัวเอง และการกระทำอย่างอัตโนมัติ

ความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการพัฒนา ด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยมต่อสิ่งนั้นมาก่อน บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ

อาจสรุปได้ว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งทางด้านแนวคิด เจตคติ และทักษะการปฏิบัติเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า “กระบวนการเรียนการสอน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ (Learning Outcomes) และผลที่เกิดจากการเรียนรู้ก็คือ ความสามารถของผู้เรียน (Student Capability)” (อรุณี วชิราพรทิพย์ 2525 : อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541)

4.3 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน

ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงควรพิจารณาตามผู้เรียน

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน

4.4 ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาของการฝึกมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้อยู่หลายท่าน คือ

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5 - 12 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5 - 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลานาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8 - 10 คน และจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6 - 8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2532) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถกระทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้เป็นผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้นหรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการฝึกดังกล่าว สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม จำนวนขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ศึกษาพิจารณา คือ กลุ่มละประมาณ 5-12 คน เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรม รวมเป็น 5 กิจกรรม (กัญญาพิชญ์ จันทน์นิคม, 2548) ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยมารับบริการที่โรงพยาบาลบางจากสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

5. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าใช้หลักปฏิบัติและข้อกำหนดตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ช่วยในการดูแลทางด้าน กาย-จิต-วิญญาณ และสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของกัญญาพิชญ์ จันทรนิคม (2548) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการพยาบาลแบบองค์รวมของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2543ก) ที่กล่าวถึง วิธีการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ร่วมกับแนวคิดเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้าได้แก่ การลงมือร่วมกันปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุคคล ให้คำแนะนำ สอนและให้การปรึกษา ประคับประคองร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม เป็นจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีการดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม และระยะต่างๆมีการปรับเปลี่ยนตามสภาพปัญหาของกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่ม 1 ครั้ง โดยพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะเริ่มต้นของสัมพันธภาพมีการแนะนำตัว ทำความรู้จักสมาชิกในกลุ่ม สร้างความไว้วางใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ตารางการเข้าร่วมโปรแกรม และบอกความคาดหวังและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีการสร้างแรงจูงใจโดยการวางเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้พูดคุยระบายความรู้สึก โดยไม่มีการเปิดเผยความลับของสมาชิกในกลุ่ม

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่ม 1 ครั้ง โดยพยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพร่างกาย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การเกิดโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส การดูแลในด้าน การได้รับสารอาหารและน้ำ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขภาพจิต ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และมีการแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อภาวะซึมเศร้า โดยการดึงเอาปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกมา และให้สมาชิกในกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ รวมทั้งเสนอแนวทางแก้ไข เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่ม 1 ครั้ง โดยมีการแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น แหล่งสนับสนุนในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงินยามฉุกเฉิน และแหล่งบริการให้คำปรึกษา มีการพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการให้ความรู้และฝึกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดง ความ

สามารถในการรับส่งข่าวสาร มีการฝึกการพูดเพื่อขอความช่วยเหลือเพื่อสร้างทักษะทางการสื่อสาร มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและหาทางแก้ไขหรือป้องกันร่วมกัน

4. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับรู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางด้านศาสนาที่นับถือศรัทธามาช่วยผ่อนคลายทางด้านจิตใจด้วยวิธีการที่เหมาะสมไม่ขัดต่อการรักษาและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด สอนและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมการผ่อนคลายได้แก่ การฝึกการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หลังจากนั้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วฝึกปฏิบัติตามร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความไม่สบายใจต่างๆ และหาวิธีสร้างความสุขทางใจ จากประสบการณ์ของสมาชิก เพื่อสร้างความสุข สงบ และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เป็นการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์

5. การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันในกิจกรรม 1 ครั้ง โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงความรู้สึกรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเองว่า กำลังคิดอะไร และมีความรู้สึกรู้สึกอย่างไร ระบุและยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ ระบุสิ่งที่ภาคภูมิใจ สิ่งสำคัญในชีวิตที่อยากกระทำ เป็นการจูงใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับรู้และระบายความรู้สึกของตนออกมา ในด้านความคิดมีการปรับเปลี่ยนความคิดโดยการฝึกให้คิดในทางบวกเกี่ยวกับตนเองและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

การสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ มีการพบกันรวมจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60 นาที ลักษณะของการดำเนินกิจกรรมเป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ร่วมกันค้นหาปัญหา แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเองโดยใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ผู้ศึกษาเชื่อว่าการดูแลในลักษณะดังกล่าวน่าจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง สามารถพัฒนาให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองเป็นไปในทางบวก รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ เป็นการปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น จนทำให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การใช้ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งไม่มีการศึกษาโดยตรงแต่ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงกับผู้ศึกษาไว้ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

มารยาท วงษาบุตร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระพุทธรบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความหวังกับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพและแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระ เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่าภายหลังได้รับบริการแบบองค์รวม 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิผลรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

สุภาเพ็ญ คชพลายุกต์ (2541) ศึกษาผลของการจัดกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง ความคาดหวังในชีวิต และภาวะซึมเศร้า ของเด็กที่ถูกทำทารุณกรรม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และ ระดับคะแนนความคาดหวังในชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำลงอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542) เรื่องการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อพบว่า ผู้ติดเชื้อเพศหญิงมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับความสนใจจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ติดเชื้อที่ติดเชื้อ 6 ปีขึ้นไปมีความซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อมาไม่เกิน 6 เดือนและ 6 เดือนถึง 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาทางจิตสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบของการเจ็บป่วยและปัญหาการเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวพยากรณ์ที่ดีในการทำนายความซึมเศร้าได้แก่ ผลกระทบของการเจ็บป่วย และความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาทางจิตสังคม

ชราพร สนิทภักดี (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการเห็นคุณค่าแห่งตนที่มีต่อคุณค่าแห่งตนและภาวะซึมเศร้าของเยาวชนหญิงที่กระทำผิด ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 6 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และกลุ่มทดลองมีคุณค่าแห่งตนเองในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ปริญศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 230 คน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความคิดฆ่าตัวตายในอัตราเฉลี่ย 7.11 (S.D. = 6.14) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความคิดฆ่าตัวตายในทุกระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายในทุกระยะของการเจ็บป่วย แต่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 57.5 เพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด สถานภาพสมรสและการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเศรษฐกิจที่ระดับไม่พอใช้มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บและพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มรักร่วมเพศมีคะแนนค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มรักร่วมสองเพศและกลุ่มรักร่วมเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญาพิชญ์ จันทร์นิคม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

