

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์



นายปรีศ กิตติระศักดิ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

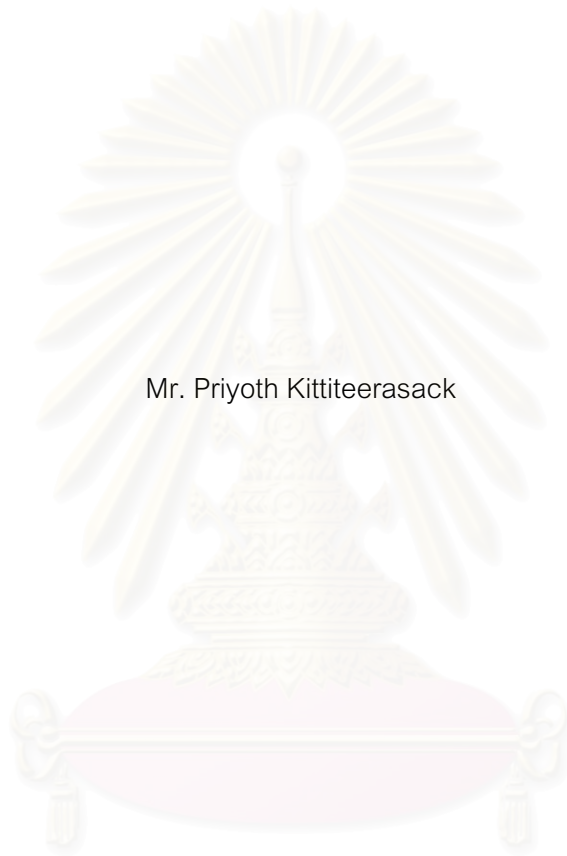
ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6302-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND SUICIDAL IDEATION  
OF PERSONS WITH HIV / AIDS

Mr. Priyoth Kittiteerasack



สถาบันวิทยบริการ

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

Department of Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6302-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของ  
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์  
โดย นายปริยศ กิตติธีระศักดิ์  
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์. (RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND SUICIDAL IDEATION OF PERSONS WITH HIV / AIDS) อ. ที่ปรึกษา : อ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 159 หน้า. ISBN 974-17-6302-6.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะเวลาของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการในโรงพยาบาลเฉพาะทาง จำนวน 230 คน ได้จากการสุ่มแบบคนเว้นคนและการสุ่มแบบบังเอิญ ตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 2) แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป 3) แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว 4) แบบสอบถามวิธีการเผชิญกับปัญหา และ 5) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88, .95, .95, .91, .83 และ .85 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสถิติทดสอบค่าที สถิติทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว สถิติ Eta และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.5) มีอายุเฉลี่ย 35.36 ปี มีระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบผลการตรวจเลือด 55.77 เดือน มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.13$ ) ได้รับตราบาปจากสังคมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.72$ ) มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.86$ ) มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการอารมณ์ คือ 51.46 และ 64.89 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายพบค่าเท่ากับ 7.11 (S.D. = 6.14) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.9) และ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง จำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 18.6)

2. อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การใช้สารเสพติด และการมีโรคหรืออาการทางจิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เพศ และ ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 2.19$  และ  $2.58$ ,  $Eta^2 = .14$  และ  $.17$ ) สำหรับภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และ ระยะเวลาของโรคพบว่ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ( $F = 4.95$ ,  $8.26$  และ  $4.59$ ,  $Eta^2 = .25$ ,  $.26$  และ  $.20$  ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.18$ ,  $-.30$  และ  $-.16$  ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่า ตราบาปจากสังคมและการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .27$  และ  $.21$  ตามลำดับ)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา 2547 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

## 4577580036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING.

KEY WORD: SELECTED FACTORS / SUICIDAL IDEATION / PERSON WITH HIV/AIDS.

PRIYOTH KITTITEERASACK : RELATIONSHIPS BETWEEN SELECTED FACTORS AND SUICIDAL IDEATION OF PERSONS WITH HIV/AIDS. THESIS ADVISOR : PENPAKTR UTHIS, Ph.d., 159 pp. ISBN 974-17-6302-6.

The purposes of this descriptive research were to study: 1) suicidal ideation of persons with HIV/AIDS, 2) the relationships between selected factors including sex, age, education, marital status, economic status, period blood examination known, sexual orientation, substance abuse, mental illness, stage of disease, social support, stigma, family relationships, coping responses, history of family suicidal behavior and suicidal ideation of persons with HIV/AIDS. The sample was 230 HIV/AIDS patients selected by every second patient and accidental sampling method from special HIV/AIDS hospital. The research instruments were questionnaires namely social support, stigma, family relationships, coping responses and suicidal ideation. All questionnaires were tested for content validity and reliability. The Cronbach's alpha coefficient reliability were .88, .95, .95, .91, .83 and .85, respectively. Statistic technique utilized in data analysis were Frequency, Percentage, Standard deviation, Mean, Median, Mode, Unpaired t-test, One-way Analysis of Variance (ANOVA), Eta and Pearson's product moment correlation.

Major results of this study were as follows :

1. HIV/AIDS patients were mostly male (63.5%) with mean age of 35.36 years old. The mean of blood examination known was 55.77 months. They had score on social support in the moderate level ( $\bar{X} = 2.13$ ), stigma in the high level ( $\bar{X} = 2.72$ ), family relationships in the good level ( $\bar{X} = 3.86$ ). In addition the mean scores of problem – focused coping and emotion – focused coping were 51.46 and 64.89, respectively. The mean score on suicidal ideation was 7.11 (S.D. = 6.14). HIV/AIDS patients had suicidal ideation in low level, moderate level, and high level at 57.5%, 23.9% and 8.6%, respectively.

2. Age, education, marital status, blood examination known, substance abuse and mental illness were not significant related to suicidal ideation in person with HIV/AIDS.

3. Sex and family suicidal behavior were significant related to suicidal ideation ( $p = .05$ ,  $t = -2.19$  and  $-2.58$ ,  $\text{Eta}^2 = .14$  and  $.17$ ). Economic, sexual orientation and stage of disease were significant related to suicidal ideation too. ( $p = .05$ ,  $F = 4.95$ ,  $8.26$  and  $4.59$ ,  $\text{Eta}^2 = .25$ ,  $.26$  and  $.20$ , respectively). In addition, Social support, family relationships, and problem – focused coping were negative significantly related to suicidal ideation ( $p = .05$ ,  $r = -.18$ ,  $-.30$  and  $-.16$ , respectively). Stigma, emotion – focused coping were positive significantly related to suicidal ideation in person with HIV/AIDS ( $p = .05$ ,  $r = .27$  and  $.21$ , respectively).

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing. Student signature.....

Academic year 2004

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำงาน วิจัย รวมทั้งแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และให้ข้อคิดอันมีคุณค่า เป็นแรงบันดาลใจให้ ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นในการเรียนและการทำงาน ตลอดจนให้กำลังใจ เอาใจใส่ด้วยความเมตตา ตลอดมา จนการศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ความเอาใจใส่ และประทับใจในความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

พร้อมทั้งขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ที่ให้คำชี้แนะในการทำวิจัยและเป็นกำลังใจเสมอมา และ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้ง คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดูร หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เจ้าหน้าที่และ ที่ปฏิบัติงานในสถาบันบาราศนราดูร รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้หมด ที่ได้ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและดำเนินการเก็บข้อมูลจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

ขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ทั้งหมด 9 คน ที่ร่วมศึกษาด้วยกันมาในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้คำแนะนำ แบ่งปันซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจ ด้วยความห่วงใยอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มเข้าศึกษาจนกระทั่งวันที่จบการศึกษา

ขอขอบคุณครอบครัว กิตติธีระศักดิ์ ที่เป็นเสมือนกำลังใจอันยิ่งใหญ่ในทุกเรื่องในชีวิตของ ผู้วิจัย คุณพ่อสุรศักดิ์ คุณแม่ประนอม คุณสุรกิจ และคุณธวัชรัตน์ กิตติธีระศักดิ์ ที่เป็นผู้มีพระคุณ ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาด้วยความห่วงใย เอาใจใส่มาตลอดจนกระทั่งสามารถสำเร็จการศึกษาตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ และขอขอบคุณ คุณกันย์ สุนีย์ชัน สำหรับกำลังใจอันมั่นคง ที่มีให้กับผู้วิจัยอยู่เสมอมาเสมอมา

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย โรคเอดส์ที่ร่วมมือในการให้ข้อมูลทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่เข้มแข็งตลอดไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์.....	19
ทฤษฎีพฤติกรรมกรมการฆ่าตัวตาย.....	20
สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย.....	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	65
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	67
การหาความตรงตามเนื้อหา.....	73
การหาความเที่ยง.....	74
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	75

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
5 สรุปและอภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะ.....	122
รายการอ้างอิง.....	125
ภาคผนวก.....	140
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ.....	141
ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย...	143
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย.....	152
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	159

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
1. กระบวนการการเกิดภาวะวิกฤติก่อนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย.....	22
2. แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) และส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน.....	25
3. ความถี่ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์.....	84



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	สรุปปัจจัยคัดสรรที่ใช้ในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง..... 32
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง..... 75
3	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา..... 80
4	จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามสถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามระยะเวลา ที่ทราบผลการตรวจเลือด ..... 81
5	จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามการใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค และประวัติการทำร้ายตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว..... 82
6	ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการ สนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับ ปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการ ที่อารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ..... 83
7	ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิด ฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์..... 85
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพัทธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามเพศ..... 86
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพัทธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตาม การใช้สารเสพติด..... 87
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพัทธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามการมีโรคหรืออาการทางจิต..... 88
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพัทธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามการมีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว..... 89

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
12 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....	90
13 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน.....	91
14 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน.....	92
15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามภาวะเศรษฐกิจ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe.....	93
16 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน.....	94
17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามพฤติกรรมกรรมกรมีเพศสัมพันธ์ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe.....	95
18 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคแตกต่างกัน.....	96
19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามระยะอาการของโรค โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe.....	97
20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม トラบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์.....	98

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันสังคมของประเทศกำลังพัฒนานั้น มนุษย์ต้องเผชิญกับภาวะเครียดจากสิ่งแวดล้อมโดยไม่อาจหลีกเลี่ยง ถ้าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติภายใต้ภาวะเครียดนั้น บุคคลนั้นถือว่าไม่ตกอยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (crisis) แต่ถ้าความเครียดนั้นส่งผลกระทบต่อในระดับสูง วิธีที่เคยใช้ปรับตัวกลับใช้ไม่ได้ผล เกิดการเสียสมดุลทางอารมณ์จนไม่สามารถที่จะจัดการได้ก็อาจทำให้หาทางออกโดยการฆ่าตัวตายตามมา (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2543) การฆ่าตัวตายจึงกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากองค์การอนามัยโลกที่ประมาณการว่าแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายประมาณ 400,000 คน หรือวันละ 1,096 คน สำหรับประเทศไทยพบการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชีย (มาโนช หล่อตระกูล, 2541 ; Sanseeha, 2003) และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประเทศ (Yunibhand, 2003) นอกจากนี้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางจิตทั่วประเทศไทย พบความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 3.1 ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอันดับที่ 5 (อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ, 2544) โดยผู้ที่มารับคำปรึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่โรงพยาบาลศิริราช พบความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 70 (ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล, 2541)

นอกจากนี้ยังพบรายงานและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญที่บ่งชี้ถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศ ดังเช่นในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าการฆ่าตัวตายถึง 7.1 % (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2545) จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์พบอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2542 - 2544 เท่ากับ 65.0, 45.3 และ 72.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2544) ด้านผลการศึกษาจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ในปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2542 พบศพที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย 3.2% และ 12.4% ตามลำดับ (วิรุจน์ คุณภักดี, ธิติชัย เวียงสิมมา และ เลียงชัย จัตุรัส, 2543) โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งพบในอัตราที่สูงต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 - 2540 พบเท่ากับ 25.3, 25.8, 23.8 และ 27.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเพิ่มสูงขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541 ถึง 33.9 ต่อแสนประชากร (ฉำรง สมบุญตนนท์ และคณะ, 2542) สำหรับจังหวัดระยองพบแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงมากเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2537 - 2539 พบการพยายามฆ่าตัวตายในอัตรา 49.04, 58.64 และ 71.55 ต่อแสนประชากร (ประยุทธ์ เสรีเสถียร และ

คณะ, 2541) ส่วนผลการสำรวจในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 12 ใน 7 จังหวัดภาคใต้พบประชากรที่มีพฤติกรรมและความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นจำนวนร้อยละ 2.1 (ปริศนา ทวีทอง, 2542)

ผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นแค่เพียงผลเสียที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่กระทำเท่านั้น แต่ยังกระทบถึงระบบครอบครัวด้วย เพราะเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้เกิดความเครียดในระบบครอบครัว มีผลทำให้หน่วยย่อยหรือบุคคลอื่นๆ ในระบบครอบครัวทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัวได้ทั้งนั้น นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของประเทศในภาพรวม ซึ่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อคนในสังคมประมาณ 100 คน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2544) และถ้ามีอัตราสูงถึง 7 ต่อแสนประชากรจะทำให้สูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ต่อประเทศถึง 4 พันล้านบาท (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) จึงควรมีแนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤตในชีวิตของบุคคลเหล่านี้

โดยสาเหตุสำคัญของผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จในประเทศไทยนั้น เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์เป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่ง (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541 ; วาริณี โอภาสนันท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์, 2542) จึงทำให้สาเหตุการฆ่าตัวตายของประเทศไทยแตกต่างจากต่างประเทศ คือ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอัตราการฆ่าตัวตายในสัดส่วนที่สูงถึง 1 ใน 3 ของสาเหตุจากการฆ่าตัวตายทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2544) หรือประมาณร้อยละ 35.4 (ถำรง สมบุญตนนท์ และคณะ, 2543)

ปัจจุบันสถานการณ์โรคเอดส์ยังคงรุนแรง และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมาก WHO และ UNAIDS ได้รายงานทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในปลายปี ค.ศ. 2001 สูงถึง 40 ล้านคน ซึ่งประเทศที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์มากเป็นอันดับที่ 3 คือ ประเทศไทยพบจำนวน 181,484 คน ถือว่าเป็นประเทศที่มีอัตราผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุดในแถบทวีปเอเชีย (WHO and UNAIDS, 2545) โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้รายงานข้อมูลทางสถิติเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ณ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2547 เป็นจำนวนถึง 335,151 ราย (สมาน สยมภูจันท์ และ เพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์, 2547)

ทำให้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นมีทั้งต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) เริ่มตั้งแต่เมื่อทราบว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวี จะเกิดความรู้สึกว่าตนเองจะต้องเผชิญกับความตายก่อนเวลาอันควร ดังนั้นเมื่อ

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์แบบต่างๆ (กรมสุขภาพจิต ก , 2538) และมักเกิดความรู้สึกไปกับการรับรู้ถึงความตาย หรือภาวะใกล้ตายอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (อุทยา นาคเจริญ, พิภูล นันทชัยพันธ์ และ ศรีนวล วิวัฒน์คุณุปรการ, 2545) เกิดความกดดันทางจิตใจจากการป่วยเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ รู้สึกสูญเสีย และกลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง (อังคณา สรียาภรณ์ และคณะ, 2541 ; มณฑิรา เขียวยิ่ง และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, ม.ป.ป.) ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเป็นการเจ็บป่วยที่แสดงถึงความไร้สมรรถภาพ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) มีความท้อแท้สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น หดหู่ เกิดการสูญเสียสัมพันธภาพ รวมทั้งสูญเสียอนาคตและอดีตที่สร้างมา รู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่า ชีวิตไม่มีความหมายไม่รู้จะอยู่ไปเพื่ออะไร (ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539 ; สุพร เกิดสว่าง, 2542) นอกจากนี้ผลกระทบที่ได้รับจากสังคม เช่น การเลือกปฏิบัติของบุคลากร เพราะบุคลากรมักใส่ใจเฉพาะความเจ็บป่วยทางกาย มีอคติ จึงมักหลีกเลี่ยงไม่พบผู้ป่วยเพราะรู้สึกอึดอัดที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับการหมั่นรักษา (กรมสุขภาพจิต ข , 2538 ; สุวรรณ อนุสติ และคณะ, 2541) ทำให้มีความกดดันจากการไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเพียงพอ จากบุคคลที่สามารถพึ่งพิงได้ในระยะที่เจ็บป่วย (พวงเพ็ญ ชุณหพราน, สุวีพร ธนศิลป์ และ สัจจา ทาโต, 2541) นอกจากนี้การถูกรังเกียจ ถูกแบ่งแยก ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่แน่ใจเกี่ยวกับปฏิกิริยาของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้สูง

จากผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเหล่านี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับความกดดันและความทุกข์ทรมานอย่างมาก จึงหาทางออกโดยคิดฆ่าตัวตายตามมา ดังที่พบจากผลการสำรวจใน AIDS Health Project ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 67 (John and Dilley, 2003) นอกจากนี้ในการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเอดส์โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นมีความคิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 63.4 (Gil and others, 2003) นับว่าเป็นอัตราการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่สูงมากในบุคคลกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ที่พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 75.9 นอกจากนี้จากการที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์นักจิตวิทยาให้คำปรึกษาของสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งทำการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในเบื้องต้น พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาใช้บริการจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงมากถึงประมาณร้อยละ 90 (สถาบันบำราศนราดูร, 2547)

จากสถิติความคิดฆ่าตัวตายที่สูงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ดังที่ปรากฏข้างต้น อาจเกิดมาจากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเครียดในระดับสูงและรุนแรง เกิดเสียสมดุลทางอารมณ์จนไม่สามารถจัดการได้ ผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะวิกฤต (crisis) ของชีวิตและหาทางออกโดยคิดฆ่าตัวตายตามมา ดังนั้นประเทศต่างๆ จึงให้ความสำคัญกับการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เห็นได้จากสมาคมจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกาได้ระบุให้การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เป็นกิจกรรมที่สำคัญในแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ (Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS, 2000) ซึ่งการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทางด้านพฤติกรรมนั้น จะประเมินที่ความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก (Fontaine and Fletcher, 1999) สำหรับประเทศไทยก็ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากในแนวทางการให้บริการคำปรึกษาเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์สำหรับบุคลากรสุขภาพ ซึ่งได้มีการระบุถึงความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระทำในผู้มารับคำปรึกษาทุกรายเช่นกัน (กรมสุขภาพจิต ข , 2538)

เนื่องจากสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ติดเชื้อได้รับนั้น มักจะเป็นผลกระทบที่รุนแรงจนทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงมักหาหนทางช่วยเหลือโดยแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เพราะผู้ที่คิดฆ่าตัวตายจำนวนมากจะเปลี่ยนใจไม่คิดฆ่าตัวตายเมื่อได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง แต่แหล่งช่วยเหลือต่างๆ แม้แต่สื่อวิทยุที่ประชาชนใช้เป็นตัวเลือกหลักในการระบายปัญหา (วรวรรณ จุฑา และ พนมศรี เสาร์สาร, 2542) กลับมีความเข้าใจผิดอยู่มากและทำให้ไม่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างทันการ (เสาวนีย์ พัฒนอมร และ อัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2543) ส่งผลให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ลำพัง และเมื่อมีระดับความคิดฆ่าตัวตายที่สูงมากขึ้น ทำให้เกิดแรงผลักดันที่จะเปลี่ยนรูปแบบความคิดเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่รุนแรงตามมา คือ การพยายามฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Schneider and others, 1991 ; Beck อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ก, 2539)

ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) จึงถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในแบบอื่นๆ ตามมาได้ โดยเฉพาะการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Schneider and others, 1991) ดังนั้นหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อเกิดความคิดฆ่าตัวตาย อาจนำไปสู่การเกิดเป็นพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายตามมา โดยในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนหรือวิธีการไว้เป็นแนวทางนั้นนับว่ามีอันตรายอย่างมาก เพราะจะเป็นหนทางที่นำไปสู่การกระทำ

พฤติกรรมตามที่วางแผนไว้เพื่อจบชีวิตตนเองในที่สุด (Hatton, Valente and Rink, 1977) และหากทำไม่สำเร็จแต่ความคิดนี้ยังคงอยู่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำๆ เป็นประจำ (Mynatt, 2000) จนในที่สุดอาจเกิดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้

เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความสำคัญมากดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการค้นหามาตรการที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถตัดวงจรการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายจะทำให้เข้าใจสภาพของปัญหา และให้การช่วยเหลือป้องกันได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลในการหาหนทางแก้ไขปัญหาของบุคคลเหล่านี้ โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาลที่ได้รับเปลี่ยนแปลงรูปแบบที่มุ่งบริการในระดับปฐมภูมิเป็นหลัก การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลกลุ่มนี้จึงสำคัญต่อวิชาชีพ เนื่องจากผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากจะเปลี่ยนใจทำให้ไม่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดี (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล จึงเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในเชิงป้องกันและส่งเสริมได้อย่างแท้จริง

ด้วยความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความมุ่งมั่นที่จะค้นหามาตรการที่ส่งผลกระทบต่อความคิดฆ่าตัวตาย อันเป็นปัญหาด้านจิตใจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ซึ่งปัจจุบันบุคลากรในทีมสุขภาพได้ให้ความสนใจการเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลในกลุ่มนี้มากขึ้น โดยบรรจุกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นหนึ่งในกลุ่มความเจ็บป่วยทางจิต (American psychiatric association, 2002) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาค้นคว้าความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จะเป็นการศึกษาในต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทยอย่างมาก และส่วนมากผลการวิจัยในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มาก่อน

ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้ผลการศึกษาของ Kalichman and others (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Kalichman and others ได้ศึกษาค้นคว้าความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีโรคหรืออาการทางจิต การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญกับปัญหา



และระยะอาการของโรค และจากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ สัมพันธภาพในครอบครัว การใช้สารเสพติด ตราบาปจากสังคม และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว (ธนู ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2542 ; Heckman and others, 2003 ; Kelly and others, 1998 ; Roy, 2003) ซึ่งส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายเช่นกัน ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรเหล่านี้ไว้ในการศึกษาด้วยเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเกิดความเครียดอย่างรุนแรงจนทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติและเกิดเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายขึ้นมานั้น ในเพศหญิงจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่าเพศชาย (สมพร บุษราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541) เพราะเพศหญิงจะมีอารมณ์ที่อ่อนไหวมากกว่า แต่มักจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากกลัวและไม่กล้า ในช่วงอายุที่มีพัฒนาการของวัยที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ และได้รับผลกระทบจากพัฒนาการในแต่ละวัยได้ต่างกัน (สุชา จันทน์อม, 2536) ทำให้อายุมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลมาใช้แก้ปัญหา แต่ผู้ที่มีความรู้จะมีทักษะการแก้ปัญหาได้ดีกว่าจึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยกว่า (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) ส่วนผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้างมักจะขาดกำลังใจและความอบอุ่นในชีวิต เกิดความว่าเหวได้มากกว่าคนที่สมรสหรืออยู่กับคู่ครอง (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540) ดังนั้น สถานภาพสมรสจึงมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจดีมักจะมี ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และเข้าถึงแหล่งประโยชน์มากกว่าผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ซึ่งมักขาดรายได้และความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดความท้อถอย (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545) และเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่า

ผู้ที่ทราบผลการตรวจเลือดในช่วงระยะเวลาต่างๆ จะมีข้อจำกัดในการปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยได้แตกต่างกัน ทำให้ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปจากรักต่างเพศ ซึ่งมักจะต้องปิดบังตัวเองและถูกแบ่งแยกจนเกิดความเครียดได้อย่างรุนแรง (ขวัญใจ เอมใจ, 2546) ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากขึ้น นอกจากนี้การใช้สารเสพติดเป็นประจำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสมอง และความแปรปรวนทางจิตใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด (ธาดา เจริญกุล, 2545) ซึ่งมีผลต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันด้วยการมีโรคหรืออาการทางจิตทั้งที่เป็นผลมาจากการติดเชื้อเอดส์ การปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ

หรือการอาการทางจิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเองจากโลกความจริง มีการรับรู้ที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการตัดสินใจและทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้นเช่นกัน หรือแม้แต่ระยะอาการของโรคก็สามารถส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระยะ 6 เดือนแรกหลังจากทราบผลการตรวจเลือดจะเป็นกลุ่มที่เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการปรับตัวอย่างมาก (มานิต ศรีสุวรรณนท์ และ จำลอง ดิษยวานิช, 2542 ; Perry, Jacobsberg and Fishman, 1990)

อีกทั้งพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์นั้น เป็นกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้สูงเช่นกัน โดยพบความคิดฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 36 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการมีความคิดฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่าคือพบเพียงร้อยละ 17 (Kalichman and others, 2003 ; Twiname, 2003) อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษบางเรื่องที่ขัดแย้งกับผลการศึกษข้างต้น เช่น ผลการศึกษาของ McKegney and O'Dowd (1992) ที่พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์นั้นก็มีความคิดฆ่าตัวตายสูงเช่นกัน คือพบได้ถึงร้อยละ 21 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพียงร้อยละ 11 จึงเป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งในการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในทุกระยะของความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ได้รับกำลังใจ ความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นคงทางจิตใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) สำหรับทราบาปจากสังคมนั้นจะเป็นสิ่งที่นำไปสู่การถูกรังเกียจ กีดกัน ความรู้สึกผิด ซึ่งเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเจ็บปวดและทรมาน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) ดังนั้นผู้ที่ได้รับทราบาปจากสังคมจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เพียงสูงขึ้น ส่วนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นสิ่งที่แสดงถึงการได้รับความรัก ความห่วงใยและเชื้ออาหารภายในครอบครัว (นัยนา อินธิโชติ, 2545) ทำให้ผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ต่างกันเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน ในการเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดด้วยรูปแบบที่ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาหรือการมุ่งจัดการกับอารมณ์ จะแสดงถึงประสิทธิภาพในการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดได้แตกต่างกัน (Lazarus and Folkman อ้างถึงใน ปองลดา พรหมจันทร์, 2542) การเผชิญกับปัญหาในแต่ละรูปแบบจึงมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย หรือแม้แต่ผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงเจตนาในการจบชีวิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการหาทางออกของปัญหากับบุคคลในครอบครัวได้ การมีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เช่นกัน

ด้วยความสำคัญและเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อนำผลการวิจัยไปสร้างองค์ความรู้ในการประยุกต์กิจกรรมทางการพยาบาลต่างๆ ทั้งทางด้าน การปฏิบัติ การบริหาร การวิจัยและการศึกษาทางการพยาบาลในการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย รวมทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างมี ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ

การศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการ มีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค การสนับสนุน ทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา ประวัติการทำร้าย ตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

ผลกระทบของการติดเชื้อต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น มิได้เป็นเพียง เรื่องของสุขภาพแต่ยังมีผลด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย โดยผลกระทบดังกล่าวจะเริ่มขึ้น ตั้งแต่วินาทีแรกที่รับรู้ผลการตรวจเลือด ซึ่งมักจะมาพร้อมกับการรับรู้ถึงความตายของตนเอง (อุทยา นาคเจริญ, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2545) และเกิดปฏิกิริยา ตอบสนองทางจิตใจตามมาหลายรูปแบบ บางรายพบว่าเมื่อรับทราบผลก็มีความคิดฆ่าตัวตาย เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวงษ์, 2542) เพราะเมื่อโรคเอดส์ได้เข้ามาในชีวิตมีผลทำให้แบบแผนชีวิตที่สร้างไว้ต้องเปลี่ยนแปลงไป ความหวัง และอนาคตต้อง พังทลาย ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ต้องเผชิญกับบทบาทที่เพิ่มไปจากเดิมนั้นคือ บทบาทผู้ป่วย อันเป็น บทบาทถาวรและเรื้อรัง (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2543) ทำให้ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิต และเกิดการคาดการณ์ในอนาคตจากการคุกคามของโรค นำมา ซึ่งความกลัว วิตกกังวล โกรธ เกลียด ลึ้นหวัง นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541)

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายต่างๆ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น มีความคาบเกี่ยวกันและไม่สามารถแยกออกเป็นขั้นตอนได้อย่างชัดเจน ความคิดฆ่าตัวตายจะเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่กระบวนการของพฤติกรรมการณ์พยายามฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลายประการ ผู้วิจัยจึงทำการคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้การศึกษาของ Kalichman and others (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดย Kalichman and others ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจากกลุ่มตัวอย่าง 113 คน ที่มารับบริการในองค์กรเกี่ยวกับโรคเอดส์ใน Milwaukee, Wisconsin และ New York ของสหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 1998 - 1999 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามต่างๆ พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่

**เพศ** ในผู้หญิงมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 : 1 (สมพรบุษราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541) เนื่องจากเพศหญิงจะมีอารมณ์ที่อ่อนไหวมากกว่า แต่มักจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากกลัวและไม่กล้า ส่วนเพศชายเป็นเพศที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Cote, 1992) เพราะเพศชายมักมีอารมณ์รุนแรงและตัดสินใจเด็ดเดี่ยว แต่ในการศึกษาของ Kalichman and others (2000) กลับพบความขัดแย้งว่าเพศชายเป็นเพศที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิง

**อายุ** พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นในบุคคลช่วงวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และในช่วงวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังได้รับผลกระทบจากพัฒนาการในแต่ละช่วงวัยทำให้เกิดความเครียดได้สูง ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียมากกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นๆ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากขึ้น ซึ่ง ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีอายุเฉลี่ย 29.9 ปี ส่วน Marzuk (1997) พบการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์สูงในช่วงอายุ 25 - 54 ปี

**ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ ซึ่งมักมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีทักษะในการหาทางออกและเผชิญกับสิ่งคุกคามได้ดีกว่า จึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาดำ ดังที่ ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเป็นส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 74.4 ดังนั้นความคิดฆ่าตัวตายจึงมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา

สถานการณ์ภาพสมรส เป็นสถานะของบุคคลตามลักษณะการสมรสที่เป็นจริง บุคคลที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยนั้นจะได้รับกำลังใจจากคู่ชีวิตหรือครอบครัว แต่ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หรือหย่าร้าง มักจะเกิดความรู้สึกว่าเหว่ เศร้าได้ง่าย เนื่องจากไม่มีคนคอยประคับประคองจิตใจและให้กำลังใจ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำได้ และมีโอกาสเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สูง (ธนูชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย, 2542 ; ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541)

ภาวะเศรษฐกิจ เป็นความเพียงพอของรายรับรายจ่ายของบุคคล บุคคลที่มีสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ในสังคมได้มากขึ้น การมีรายได้ไม่เพียงพอจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลท้อถอย และเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มาก ผู้ที่มีฐานะไม่พอกิน-พอใช้ ต้องกู้ยืมมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่พอกินพอใช้แต่มีที่พึ่งพาได้ ผู้ที่มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บและผู้ที่มีเหลือเก็บ นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (ธนูชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย, 2542 ; ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541)

ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด เป็นช่วงเวลาที่รับรู้ความเจ็บป่วยและส่งผลต่อการปรับตัวที่เกิดขึ้นอย่างมาก ผู้ที่ได้รับทราบผลการตรวจเลือดในช่วงเวลานั้นๆ มักทำให้ข้อจำกัดในการรับรู้ และการปรับตัว ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ โดยมักเกิดได้บ่อยในระยะ 1 เดือนแรกที่ทราบผลการตรวจเลือด (Perry, Jacobsberg and Fishman, 1990) และในระยะ 6 เดือน หลังจากที่ได้รับทราบการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (Glass, cited in Rosengard and Folkman, 1997)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ คือ การมีความรู้สึกและมีพฤติกรรมทางเพศระหว่างชายและหญิงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่การมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงจะทำให้เกิดผลกระทบได้มาก เนื่องจากผิดบรรทัดฐานที่สังคมคาดหวังไว้ตามบทบาททางเพศ เมื่อไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางเพศของตนได้ จะได้รับความรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้รกร่วมเพศแบบต่างๆ ต้องปิดบังตัวเอง อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรีและไร้คุณค่า ซึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรกร่วมเพศ และรกร่วมสองเพศนั้นพบว่าสามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากผลกระทบของสังคมดังกล่าว (Kalichman and others, 2000, Rajs and Fugelstad, 2003)

การใช้สารเสพติด สารเสพติดเป็นสารที่เมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะการเสพติดหรือมีความต้องการ เนื่องจากฤทธิ์ของสารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ สารเสพติดบางชนิดรวมทั้งการให้แอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เพ้อคลั่ง จน

อาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเองได้ โดยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการใช้สารเสพติดจะพบการการพยายามฆ่าตัวตายได้สูง (Kelly and others, 1998) เช่นเดียวกับในผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์นั้นมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้นเช่นกัน (Vajda and Steinbeck, 2000)

**การมีโรคหรืออาการทางจิต** เป็นความผิดปกติทางจิตที่ร้ายแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งเสริมให้อาการทางจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น และยังสามารถเกิดขึ้นได้เนื่องจากผลกระทบจากการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เช่นกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการทางจิตแบบต่างๆ เช่น อาการของภาวะซึมเศร้า มักจะพบว่ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Heckman and others, 2003 ; Kalichman and others, 2000)

**ระยะอาการของโรค** เป็นอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยเนื่องมาจากเชื้อเอชไอวีที่ได้รับหรือการป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยความคิดฆ่าตัวตายจะสัมพันธ์กับระยะต่างๆ ของการติดเชื้อหรือการป่วยด้วยโรคเอดส์ เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์และเกิดความเจ็บปวดทรมาน ดังนั้นระยะที่มีการเจ็บป่วยแสดงออกมากจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้มาก และทำให้พบระดับความคิดฆ่าตัวตายได้สูง (Kalichman and others, 2003 ; Twiname, 2003) แต่ McKegney and O'Dowd (1992) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายและกลับพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์นั้น มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเอดส์และกลุ่มที่ไม่มีติดเชื้อเอชไอวี

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา เป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นคงของสุขภาพ แต่การขาดแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกตัดขาดจากสังคม จนเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้มากขึ้น โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541 ; Kalichman and others, 2000)

**ตราบาปจากสังคม** เป็นทัศนคติที่ไม่สามารถแต่งเติมได้ เกิดจากการไม่ยอมรับเป็นความรู้สึกจุดรังและดูแคลนจากสายตาคคนในสังคม การได้รับตราบาปนำไปสู่การถูกรังเกียจกีดกัน การแบ่งแยก อันเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ติดเชื้อยังสิ้นหวัง โดดเดี่ยว และหมดคุณค่า ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปทางสังคม จึงมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นทางออกของชีวิต (Heckman and others, 2003) และทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้สูง (Mancoske, 1996)

**สัมพันธภาพในครอบครัว** ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุด มีความเอื้ออาทร และมีความผูกพันกัน ดังนั้นความสัมพันธ์ของครอบครัวถือเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพและทำให้ชีวิตไม่สิ้นหวัง โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จะดำรงชีวิตได้ปกติสุขมากกว่า พวกเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ซึ่งมีแนวโน้มไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา บางคนถึงกับฆ่าตัวตาย (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2541) นอกจากนี้ครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงกว่า ครอบครัวที่ขัดแย้งกันเล็กน้อยและครอบครัวที่รักกันดี (ธัญ ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย, 2542)

**การเผชิญกับปัญหา** หมายถึง วิธีการที่บุคคลแสดงออกทางความคิดและการกระทำเพื่อใช้ในการบรรเทา ควบคุม ป้องกันหรือขจัดสิ่งทำให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมแบบต่างๆ ทำให้เกิดความเสียหายต่ออาการกับปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่สำเร็จ ดังนั้นเมื่อเกิดความตึงเครียดที่เรื้อรังและรุนแรงจึงหาทางออกโดยคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่าเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม หรือมีประสิทธิผลในการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ ที่ลดน้อยลง (Heckman and others, 2003 ; Kalichman and others, 2000)

**ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว** คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงเจตนาในความต้องการที่จะจบชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านมาในอดีต การฆ่าตัวตายนั้นเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น การมีประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัวจึงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นในผู้ที่มีประวัติของการฆ่าตัวตายในครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบวิธีการในการหาทางออกของปัญหา ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้สูง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541 ; Roy, 2003)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจากการแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าวจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะเวลาการของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

### ขอบเขตการวิจัย

1. เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์
2. ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดที่ติดเชื้อยังไม่มีอาการระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และในผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางด้านโรคเอดส์ ในจังหวัดนนทบุรี
3. ตัวแปรคัดสรรที่ใช้ในการศึกษา คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว
4. ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึก หรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตของตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจและรู้สึกตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามหรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค (Scale for Suicide Ideation of Beck) (Beck, Steer And Ranieri, 1988)
2. เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงว่าเป็นชายหรือหญิงแบ่งเป็นเพศชายและหญิง
3. อายุ หมายถึง ช่วงระยะเวลานับตั้งแต่วันที่กลุ่มตัวอย่างเกิดจนกระทั่งถึง



วันที่ทำแบบสอบถาม โดยคิดอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นจำนวนปีเต็มในวันที่ทำแบบสอบถาม

4. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์
5. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ตามการสมรสที่เป็นจริงในปัจจุบัน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นสถานภาพคู่ คือ การอยู่อาศัยกับคู่สมรสของตนทั้งที่ได้รับการจดทะเบียนสมรสและไม่ได้จดทะเบียนสมรส สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่
6. ภาวะเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความเพียงพอของรายรับรายจ่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ การมีเงินเหลือเก็บหรือเพื่อพักผ่อนในแต่ละเดือน รวมทั้งรายได้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ แบ่งภาวะเศรษฐกิจออกเป็น มีหนี้สิน ไม่พอใช้ พอใช้ แต่ไม่มีเหลือเก็บ และพอใช้และมีเหลือเก็บ
7. ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด หมายถึง ช่วงระยะเวลาที่นับตั้งแต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์รับทราบผลการตรวจเลือดหรือผลการติดเชื้อของตนเอง จนถึงระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถาม โดยนับเวลาเป็นจำนวนเดือนและปีที่ทราบผลการตรวจเลือด
8. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ลักษณะของความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความสุขของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือการได้รับการตอบสนองในเรื่องเพศสัมพันธ์ ที่ตรงกับความต้องการทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ แบบรักร่วมเพศ และแบบรักร่วมสองเพศ
9. การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ใช้สารประเภทต่างๆ ที่สามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ในปัจจุบัน เป็นการที่ใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อร่างกายและทำให้เกิดการเสพติดได้ทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นสารประเภทหลอนประสาท ก่อมประสาท กระตุ้นประสาทและแบบผสมผสานในการออกฤทธิ์ รวมทั้งการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งสารเสพติดเหล่านี้สามารถนำเข้าสู่ร่างกายได้โดยวิธีการต่างๆ เช่น การดม การกิน การฉีด และการตีมน เป็นต้น
10. การมีโรคหรืออาการทางจิต หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการรักษา และวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความผิดปกติทางจิตในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในปัจจุบัน อาจเกิดมาจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากข้อจำกัดในการปรับตัวต่อสภาพความเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรค หรือการเจ็บป่วยที่เรื้อรังมาถึงปัจจุบันก็ได้
11. ระยะเวลาอาการของโรค หมายถึง อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยที่

เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งระยะอาการของโรคจะสามารถประเมินได้โดยให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรประเมิน โดยดูจากอาการที่สัมพันธ์กับโรคในระยะต่างๆ โดยจำแนกระยะของโรคออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ (กองระบาดวิทยา ก, 2543) ดังนี้

#### 11.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV patients)

หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ แต่ยังไม่แสดงอาการใดๆ ออกมา

#### 11.2 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (Symptomatic HIV patients)

หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมีอาการแสดงของโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แต่ยังไม่ถึงขั้นที่เข้าข่ายกลุ่มโรค 25 โรค ในการวินิจฉัยโรคเอดส์เต็มขั้น

11.3 ผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS patients) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมีการตรวจพบกลุ่มโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งมี 25 โรค หรือตรวจพบว่ามีเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 cell/ml. อย่างน้อย 2 ครั้ง

12. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือ ความสนใจ ความรักและความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง บุคคลรอบข้าง และยังรวมถึงจากสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานต่างๆ ที่ให้การดูแลหลังจากที่ได้รับการติดเชื้อหรือมีอาการของการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ ประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย รัตนกุล โพิธิ (2543) เพื่อใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งการสนับสนุนออกเป็น 3 ด้านคือ

12.1 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านข่าวสารต่างๆ จากการติดต่อสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง จากสื่อมวลชน รวมถึงได้รับรู้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข

12.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร หมายถึง การได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสถานบริการสาธารณสุข หน่วยงาน บุคคลรอบข้าง ทั้งด้านการเงิน แรงงาน อาหาร หรือสิ่งของ

12.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอจากบุคคลที่ใกล้ชิดและบุคคลรอบข้าง ไม่ถูกทอดทิ้ง การได้รับการยอมรับและมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

13. トラバブจากสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มี

ต่อตนเอง เป็นการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง เกิดจากการประทุพติผิด จากบรรทัดฐานของสังคมและเป็นสิ่งไม่ดี โดยได้รับปฏิกิริยาจากสังคมที่แสดงถึงการรังเกียจใน รูปแบบต่างๆ ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปซึ่ง อรุณ แก้วเกตู (2545) ได้แปลมาจากข้อคำถามการรับรู้ที่เป็นตราบาปของ Berger, Ferrans และ Leshley โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

13.1 ด้านตราบาปส่วนบุคคล หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ประเมินมาจากสถานการณ์และการตอบสนองที่ได้รับจากสังคมรอบข้าง เกิดเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อตนเอง ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เช่น การสูญเสียเพื่อน การที่บุคคลอื่นหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นต้น

13.2 ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในการควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับผลการติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลอื่นหรือผู้ใกล้ชิด การเก็บผลการติดเชื้อเอชไอวีไว้เป็นความลับ

13.3 ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีต่อตนเอง เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นมาจากการรับรู้ภายในตนเองและมองตนเอง ว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ตนเองเป็นคนสกปรก ไม่ดี และเป็นคนที่มึนลทินติดตัว

13.4 ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์รู้สึกว่าคนส่วนมากมีความคิดด้านลบอย่างไรต่อตนเอง เช่น คนส่วนมากคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นคนสกปรก น่ารังเกียจ หรือการต้องสูญเสียงานเมื่อนายจ้างรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

14. สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ภายในครอบครัวหรือครัวเรือนเดียวกัน อันแสดงถึงการปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ของครอบครัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือกันและกัน ความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสนช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ หรือการได้รับคำแนะนำ วัตถุประสงค์ (2542) นำมาจากเครื่องมือที่สร้างโดย อุมภาพร รัชชทิพย์

15. การเผชิญกับปัญหา หมายถึง ลักษณะหรือวิธีการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

โรคเอดส์ใช้ในการตอบสนองต่อปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น แสดงถึงระดับความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ประเมินได้จากแบบวัดการเผชิญปัญหา (Coping response) ของ Uthris (1999) โดยนำมาจากแบบวัดวิธีการเผชิญปัญหาของ Jalowiec ( Jalowiec Coping Scale : JCS) ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างของข้อคำถามคล้ายคลึงกับแนวคิดการเผชิญกับปัญหาของ Lazarus และ Folkman แบ่งออกเป็น การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงวิธีการที่บุคคลใช้ในการตอบสนองทั้งทางด้านความคิด และพฤติกรรมต่อความเครียดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

16. ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การเคยกระทำหรือมีพฤติกรรมที่กระทำต่อร่างกายตนเอง ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดอันตรายโดยเจตนาให้ถึงแก่ชีวิต อันเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตก่อนที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลจากการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลในแนวทางการประเมิน และคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้อง
2. นำปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จากการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์แก่พยาบาลในหน่วยบริการระดับต่างๆ ได้
3. สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นพื้นฐานและแนวทางการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้กับพยาบาลผู้สนใจต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรรที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยคัดเลือกตัวแปร ต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมด 16 ตัวแปร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แหล่งความรู้ต่างๆ ทั้งเอกสาร วารสาร บทความ งานวิจัย และข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยนำเสนอสาระเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์
2. ทฤษฎีพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย
  - 2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย
3. สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย
  - 3.1 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป
  - 3.2 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์
4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายและงานวิจัยที่

เกี่ยวข้อง

- 4.1 เพศ
- 4.2 อายุ
- 4.3 ระดับการศึกษา
- 4.4 สถานภาพสมรส
- 4.5 ภาวะเศรษฐกิจ
- 4.6 ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด
- 4.7 พฤติกรรมการณ์มีเพศสัมพันธ์
- 4.8 การใช้สารเสพติด
- 4.9 การมีโรคหรืออาการทางจิต
- 4.10 ระยะอาการของโรค
- 4.11 การสนับสนุนทางสังคม
- 4.12 ตราบาปจากสังคม

- 4.13 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 4.14 การเผชิญกับปัญหา
- 4.15 ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว
- 5. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิด

ฆ่าตัวตาย

- 5.1 บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาเพื่อป้องกันความคิด

ฆ่าตัวตาย

- 5.2 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 5.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย

โรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

- 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

เอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง อันเนื่องมาจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) โรคเอดส์พบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดโดยเฉพาะ Helper T – lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T lymphocytes ลดลง ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รัชชรัสมิ, อ้างถึงใน สิริ เขียวชาญวิทย์, 2540 ; ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, อ้างถึงใน พิไลพันธ์ พุทธิพนนะ, 2541)

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสใน family Retroviridae และอยู่ใน Genus HIV มี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ HIV – 1 และ HIV – 2 เชื้อเอชไอวีมีรูปร่างทรงกลม มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100 – 200 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ p 24 ส่วนเปลือกด้านนอกมีไกลโคโปรตีนห่อหุ้มอยู่ประกอบด้วย gp 120 และไกลโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในส่วนของเปลือกนอกคือ gp 41 เชื่อกันว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการ fusion ระหว่างผิวเปลือกของไวรัสกับเซลล์คน มีสายพันธุกรรมสายเดี่ยวแต่มีจำนวนโครโมโซม 2 ชุด (เกียรติ รัชชรัสมิ, อ้างถึงใน สิริ เขียวชาญวิทย์, 2540 ; สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ, 2539 ; Andrew, 1998)

เชื้อ HIV นี้มีคุณสมบัติแตกต่างจากเชื้อไวรัสอื่น คือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T lymphocytes ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่เชื้อเอชไอวีไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเกาะกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์และแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์ โดยผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 – 3 ไวรัสที่แฝงตัวอยู่จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก และกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง สามารถตรวจหา Antibody ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 แต่อาจจะไม่พบเชื้อในกระแสเลือด และในขณะที่แฝงตัวอยู่เชื้อเอชไอวีสามารถที่อันตรายต่อเซลล์นั้นโดยตรง จนในที่สุดเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้น เป็นผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งในระบบต่างๆ ได้ (ยงศ์ รงศ์รุ่งเรือง, อ้างถึงใน พิไลพันธ์ พุฒ-วิวัฒน์, 2541) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเชื้อเอชไอวีนั้นสามารถแพร่ได้ด้วยการแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ การแพร่เชื้อทางเลือด และการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537)

## 2. ทฤษฎีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

### 2.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายตนเองด้วยความสมัครใจและตั้งใจ ผู้ที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่มีเจตนาที่จะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าได้ข้อมูลที่บอกว่าการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อจบชีวิตตนเอง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่แสดงออกถึงการค้นหาหรือเสาะหาทางออกในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยพยายามที่จะทำชีวิตให้ตกอยู่ภายใต้อำนาจการกระทำนั้น (Corsini and Auerbach, 1998)

นอกจากนี้นักวิชาการบางท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ที่แบ่งให้เห็นความชัดเจนของลักษณะการกระทำมากขึ้น เช่น วารวีรัตน์ ถาน้อย (2544) ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) คือ ความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาหรือความคิดโดยอ้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำลายตนเองซึ่งอาจแสดงออกทางคำพูด การเขียนหรือผ่านงานศิลปะ แต่ยังไม่มีความตั้งใจที่จะกระทำ

2. การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicide threats) เป็นลักษณะของการพูดและการเขียนอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เกิดการกระทำขึ้น

3. การมีท่าจะฆ่าตัวตาย (suicide gestures) เป็นลักษณะการทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือมีการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ซึ่งผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองและไม่คาดหวังว่าตนเองจะตาย แต่กระทำเพื่อจะให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการจะตาย

4. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง อาจเกิดการได้รับบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก และผู้กระทำมีความตั้งใจจะจบชีวิตตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

5. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completes suicide) เป็นลักษณะที่ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองและมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะกระทำ ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของตนเอง

จินตนา ยูนิพันธ์และคณะ (อัดสำเนา) ได้ให้ความหมายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย คือ บุคคลที่มีความคิดและลงมือทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และรุนแรง มีปัญหาในการนอนหลับ เบื่ออาหาร ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมประจำวัน แยกตัวและ/หรืออาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด

Department of Preventive Health Service Soldier and Family Support Branch (2003) กล่าวถึงลักษณะการฆ่าตัวตายว่าเป็นหลักฐานที่แสดงถึงความเข้าใจ เจตนา และความตั้งใจในการที่จะหันตนเองเข้าหาความตาย ซึ่งแสดงออกได้ตั้งแต่การมีเจตนาที่ต้องการจะตาย การได้รับแรงกระตุ้นแต่ยังไม่ได้คิดวางแผน และคิดอยากทำร้ายตนเองแต่มีความตั้งใจเพียงเล็กน้อย

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) กล่าวว่าพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายมีตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete suicide) การมีพฤติกรรมแบบใดแบบหนึ่ง ถือเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ

Beck (Beck, Kovacs and Weissman, 1979) ได้อธิบายเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นแผนการที่เกิดขึ้นหรือความปรารถนาที่ต้องการจะทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำใดๆ ที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของตั้งใจในการคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้ (Beck, Steer and Ranieri, 1988)

ซึ่งโดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่า ยังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายสาเหตุการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน แต่ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดและ



ความกดดันอย่างรุนแรง จนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้และกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา โดยสามารถแยกออกเป็นรูปแบบของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กระบวนการการเกิดภาวะวิกฤติก่อนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย

โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายต่างๆ ที่แสดงออกมานั้นมีความคาบเกี่ยวกันอยู่และไม่สามารถแยกออกเป็นขั้นตอนได้อย่างชัดเจน แต่การแสดงความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายต่างๆ ย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย ดังนั้นการแยกพฤติกรรมการฆ่าตัวตายชนิดต่างๆ จึงไม่มีความสำคัญนัก เพราะการที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งก็เพียงพอแล้วที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือ (Brent อ้างถึงใน อูมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ก , 2539 ; Fontaine and Fletcher, 1999)

จึงสามารถสรุปความหมายของการฆ่าตัวตายได้ดังนี้

1. เป็นการทำลายตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจและรู้สึกตัว
2. ผู้ที่กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือเพื่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง
3. มีข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงการทำร้ายตนเองทั้งด้านความคิดและพฤติกรรม

## 2.2 แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมกรรมกรรมฆ่าตัวตาย

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายนั้นสามารถอธิบายถึงสาเหตุการเกิดที่ซับซ้อนทั้งจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ (Fontaine and Fletcher, 1999)

### 1. Biological Theory เกิดขึ้นจากอาการทางจิตเวช สาเหตุของการเกิดนั้นมาจาก

1.1 *Genetic* ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ในบุคคลที่มีเชื้อสายเดียวกัน พี่น้องร่วมสายเลือด และสามารถเกิดในแฝดไข่ใบเดียวกันได้ด้วย ซึ่งพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงกว่าแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

1.2 *Neurotransmitter factor* โดยมีการลดลงของระดับ Serotonin, 5-HT และ 5-HIAA นอกจากนี้ยังพบว่ามีการทำงานของ imidazoline receptor protein ลดลงด้วย จึงเชื่อว่าบุคคลฆ่าตัวตายเพราะอยู่ในอารมณ์เศร้า

1.3 *Fat Metabolism* ผู้ที่อาการเจ็บป่วยทางจิตและพยายามฆ่าตัวตายนั้น จะมีระดับคลอเลสเทอรอลต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีความผิดปกติฆ่าตัวตาย

1.4 *Physical and psychiatric illness* พบในกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่รุนแรงเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder รวมทั้งผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติด ซึ่งทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นได้ (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544 ; สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545 ; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

2. Psychological Theory ปัจจัยทางจิตใจหลายประการอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ เช่น การหมดหวัง การซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ก้าวร้าวรุนแรง อับอาย ความเครียด นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยบางรายนั้นการฆ่าตัวตายอาจหมายถึง การร่วมประสาน การเกิดใหม่ การแยกจากที่เป็น การแก้แค้น การตอบโต้และการลงโทษตัวเอง (มานิต ศรีสุภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ซึ่งทฤษฎีที่ใช้กล่าวอ้างถึงปัญหาทางจิตใจที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ ทฤษฎีของฟรอยด์ (Freud) ที่ได้กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมกรรมกรรมฆ่าตัวตายเป็นบทบาทการทำงานของจิตใจในส่วนของจิตไร้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนรัก แต่ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นไม่สามารถพุ่งความก้าวร้าวนั้นไปสู่บุคคลนั้นได้ จึงได้นำแรงขับของความก้าวร้าวหันเข้ามาทำร้ายตนเองอันเป็นการใช้กลไกทางจิตแบบโทษตัวเอง (Introjection)

นอกจากนี้การเกิดพฤติกรรมกรรมกรรมฆ่าตัวตายยังสามารถอธิบายในรูปแบบของ Cognitive model ได้ เนื่องจากพื้นฐานของแนวคิดนี้กล่าวว่าการเรียนรู้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ว่ายังไม่มีการแสดงออกก็เลยตาม ดังนั้นการเกิดการเรียนรู้จะ

เน้นที่การเปลี่ยนแปลงภายในโดยยังไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก และในทางตรงกันข้ามพฤติกรรมที่แสดงออกจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้เช่นกัน ซึ่งแนวคิดพื้นฐานนี้มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าจะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน และถึงแม้ว่าการเสริมแรงอาจจะมีประสิทธิภาพในการกำกับพฤติกรรมของบุคคลที่เคยเรียนรู้มาแล้ว แต่ค่อนข้างจะไม่มีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการเรียนรู้และเป็นการยากที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในธรรมชาติโดยได้ได้เห็นผู้อื่นแสดงพฤติกรรมมาก่อน ด้วยเหตุนี้คนเราส่วนใหญ่จำเป็นต้องผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกตพฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้จากการสังเกตการกระทำพฤติกรรมของผู้อื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงทำให้บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าภายใต้รูปแบบของ Cognitive model หาทางออกของปัญหาโดยการเลียนแบบพฤติกรรมที่ตนเองได้รับรู้มา กลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หมดที่พึ่ง มองเฉพาะตนเอง คิดวนเวียนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมองอนาคตในแง่ร้าย จึงเป็นแรงผลักดันนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายขึ้นได้

3. Social Theory และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ นักสังคมศาสตร์เชื่อว่า การฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมในสังคม ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

3.1 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลมีความรู้สึกผูกพันกับสังคมมากเกินไป (altruistic suicide) เช่น การยอมพลีชีพเพื่อเกียรติยศ

3.2 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ (egoistic suicide) เช่น การขาดเพื่อน การไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม

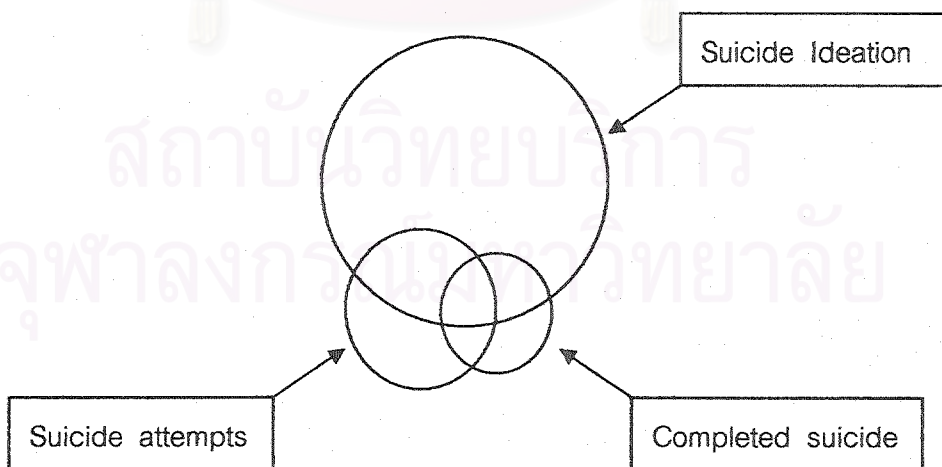
3.3 การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (anomic suicide) หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการฆ่าตัวตายนี้อาจเกิดจากภาวะวิกฤติ ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ เช่น วิกฤติทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

นอกจากนี้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้อธิบายลักษณะการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายไว้ว่าเกิดจากความแปรปรวนของสัมพันธ์ภาพ โดยสังเกตจากบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะสูญเสียสัมพันธ์ภาพกับบุคคล และสิ่งแวดล้อมทั้งตามความเป็นจริงและตามการรับรู้ของเขา ดังนั้นพฤติกรรมฆ่าตัวตายจึงมักพบในบุคคลที่หย่าร้าง สูญเสีย (วาริรัตน์ ถาน้อย, 2544 ; Barry, 2002)

### 3. สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตาย

#### 3.1 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป

สาเหตุความคิดฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปนั้น พบว่ามีปัจจัยอันซับซ้อนหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นความแปรปรวนของสรีรวิทยาในร่างกาย ร่วมกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานบางอย่าง หรืออาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจที่แก้ไขไม่ได้ ปัญหาทางเศรษฐกิจ หรือการสูญเสียต่างๆ ซึ่งโดยรวมแล้วอาจกล่าวได้ว่ายังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายได้ชัดเจน แต่ผลกระทบจากปัจจัยต่างๆ เหล่านั้นทำให้เกิดความเครียดและความกดดันอย่างรุนแรง จนไม่สามารถหาทางออกให้กับปัญหาได้และกลายเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา โดยพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกมานั้นมีความคาบเกี่ยวกันอยู่และไม่สามารถแยกออกเป็นขั้นตอนได้อย่างชัดเจน แต่การแสดงความคิดฆ่าตัวตายนั้น จะเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่างๆ ย่อมมีความคิดฆ่าตัวตายรวมอยู่ด้วย การแยกพฤติกรรมการฆ่าตัวตายชนิดต่างๆ จึงไม่มีความสำคัญนักเพราะการที่บุคคลมีพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็เพียงพอแล้วที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือ (Brent อ้างถึงใน อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ก , 2539 ; Fontaine and Fletcher, 1999) ซึ่งความเชื่อมโยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสามารถแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนในภาพที่ 2 ดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544)



ภาพที่ 2 แสดงพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) และส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน

แม้ว่าการเกิดความคิดฆ่าตัวตายจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ แต่นักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายว่าเกิดขึ้นมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2543 ; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541 ; Beautrais, 2000 ; Elkin, Scheidt and Wilcox, 1999) ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานภาพสมรส 5) การให้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ 6) กลุ่มรสนิยมแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ 7) กลุ่มผู้ที่อยู่ระหว่างการพักการศึกษา 8) เศรษฐฐานะตกต่ำ 9) ลักษณะของครอบครัวที่แตกแยก 10) มีโรคทางจิตเวช 11) ประวัติถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก 12) การมีประวัติสมาชิกของครอบครัวเคยฆ่าตัวตายมาก่อน 13) การเจ็บป่วยทางร่างกาย 14) การสูญเสียในปัจจุบัน และ 15) การปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ไม่ได้

### 3.2 สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

สาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น พบว่ามีปัจจัยบางประการที่คล้ายคลึงกับในประชากรทั่วไป แต่มีบางปัจจัยที่แตกต่างออกไปแต่สามารถส่งผลกระทบต่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต (crisis) เห็นได้จากการที่ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ติดเชื้ออาจจะแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะไวววายหรือรู้สึกสับสน กลัวไปหมด จนทำอะไรไม่ได้คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540.) และการติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกิดจากการประพฤตินิสิตลธรรม ทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวงนิช, 2542) ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 63.4 (Gil and others, 2003) โดยในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่เป็นเหตุกระตุ้นและสาเหตุให้เกิดการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมาจากการติดเชื้อเอดส์เป็นส่วนใหญ่ (ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541 ; วาริณี โอภาสนันท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์, 2542) และพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 35.4 (อัคร สมบุญตนนท์ และคณะ, 2543)

ซึ่งการศึกษาในผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นก่อนฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แต่เนื่องจากจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักเกิดจากความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ติดเชื้อที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 75.9 นั้น พบว่าในจำนวนนี้มีผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10.3 (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) ซึ่งบ่งชี้ถึงสัดส่วนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นประมาณ 1 ต่อ 7 - 8 และแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงและส่งผลถึงกันอย่างเด่นชัดระหว่างพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่

เกิดขึ้น การฆ่าตัวตายสำเร็จย่อมเป็นผลมาจากการพยายามฆ่าตัวตายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนที่สามารถกระทำได้ แต่ในภาพรวมของการเกิดพฤติกรรมนั้นย่อมมาจากจุดเริ่มต้นนั่นก็คือความคิดฆ่าตัวตายเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากการติดเชื้อถึงร้อยละ 35.4 (ถาวร สมบุญตนนท์ และคณะ, 2543) ที่กล่าวมาข้างต้นย่อมสะท้อนให้เห็นความสำคัญปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่พบบ่อยและเกิดสูงมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งสาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดขึ้นได้ทั้งจากปัจจัยส่วนบุคคลและจากสาเหตุภายนอกอื่น ๆ ดังนี้ (Komiti and others, 2001 ; Rosengard and Folkman, 1997)

1. เพศ พบว่าในเพศหญิงมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย แต่ในเพศชายกลับพบว่ามี การฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง
2. ภาวะเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้เกิดการขาดรายได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตอย่างมาก
3. การศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถนำความและทักษะรู้มาใช้ในการแก้ปัญหาได้ดี
4. กลุ่มรักร่วมเพศ ทำให้เกิดการแบ่งแยกจากสังคมทำให้ต้องปิดบังตัวเอง อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรีและไร้คุณค่า
5. การติดสารเสพติด ซึ่งมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เพ้อคลั่ง จนอาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเองได้
6. สาเหตุอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสาเหตุของความ คิดฆ่าตัวตายในด้านต่างๆ มีดังนี้ (พชรชัย เรือนลธิ์, 2545 ; Komiti and others, 2001)

6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย สามารถพบอาการต่างๆ เช่น ต่อม้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย ไม่สุขสบายเรื้อรัง อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ อุดจากร่างเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง และบางรายมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลง ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ชักกระตุก และมีอาการทางสมองอื่นๆ เป็นต้น

6.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้วนั้นย่อมมีการตอบสนองต่างกันไป ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อนั้น มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต ช, 2538 ; ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539 ; พชรชัย เรือนลธิ์, 2545 ; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

6.2.1 ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ เป็นระยะที่ผู้รับบริการรับรู้ การติดเชื้อของตนซึ่งเป็นข่าวร้ายที่สุดในชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ได้แก่

6.2.1.1 ภาวะช็อก เป็นการปรับตัวไม่ทันซึ่งผู้รับบริการ ที่อยู่ในระยะนี้มีอาการแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม โกรธ ดังนั้นจึงควรมีการ เตรียมผู้รับบริการเพื่อช่วยในการลดปฏิกิริยานี้ลง

6.2.1.2 ปฏิเสธ อาจเกิดมาจากความกลัวและยังไม่ พร้อม มักจะแสดงออกเหมือนไม่ได้มีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ป้องกันไม่ให้ จิตใจแตกสลาย บางรายอาจโยนความผิดให้ผู้อื่น

6.2.1.3 โกรธแค้น เป็นภาวะที่จำต้องยอมรับความจริง เนื่องจากเหตุผลแวดล้อมยืนยัน ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายมีความโกรธแค้นผู้ที่ทำให้ตนเองติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็รู้สึกว่ตนเองไร้อำนาจที่จะควบคุมหรือจัดการโรคนี้ จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมใน ลักษณะรุนแรง และอาจมีความคิดฆ่าตัวตายได้

6.2.1.4 การต่อรอง เป็นการปฏิเสธความจริงในระดับที่ ไม่รุนแรง ซึ่งไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้องแต่เป็นปฏิเสธยืนยันความจริง จึงมีการต่อรองในผู้ติดเชื้อ หลายแบบด้วยกันซึ่งแสดงออกถึงการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ

6.2.1.5 การซึมเศร้า เป็นภาวะที่รับรู้ความจริงและเกิด การยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้อง แต่หมอดหวังที่จะแก้ไข เกิดได้เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ซึ่ง แบ่งออกได้เป็น 2 ช่วงคือ ความโศกเศร้าขั้นเตรียมการ และความโศกเศร้าขั้นสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วย ที่เริ่มแยกตัวเองจะครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องของความตาย

6.2.1.6 ยอมรับ ภายหลังจากที่เวลาผ่านไป ผู้ติดเชื้อได้ รับรู้ความจริงเรื่องต่างๆ จะเริ่มมีความรู้สึกยอมรับ จิตใจสงบยิ่งขึ้น เริ่มต้นที่จะคิดหาหนทางที่ เป็นไปได้ในการที่จะทำให้ชีวิตมีความสุข

6.2.2 ระยะเรื้อรังปลอดอาการ เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมี การติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ปรากฏอาการของความเจ็บป่วยต่างๆ อาจยาวนานหลายปี ซึ่งไม่มี ความแน่นอนในแต่ละบุคคลเพราะขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีปฏิกิริยาต่างๆ ได้ดังนี้

6.2.2.1 ความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากการต้องเผชิญกับ ความไม่แน่นอน ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรคจะเป็นอย่างไร บุคลากรจะช่วยเหลือหรือไม่ คนรอบข้างยอมรับหรือไม่

6.2.2.2 ความอับอายและความสงสัย เป็นการกลัวสิ่งที่

เคยทำจะเป็นพฤติกรรมที่คนไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้าง

6.2.2.3 ความรู้สึกผิด เนื่องจากสิ่งไม่น่าพอใจในอดีตที่ผ่านมา เช่น ตำนินตัวเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอื่นทราบความลับนั้นแล้ว แสดงอาการรังเกียจ ตำนินด้วยท่าทีหรือคำพูด

6.2.2.4 ความรู้สึกด้อย เกิดจากการที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปได้ยาก ต้องอาศัยเวลานานทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนโง่ อ่อนแอ ด้อยกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำถึงความอ่อนแอนั้นซ้ำๆ

6.2.2.5 ความหวัง เกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น หวังว่าจะมีชีวิตยืนยาว หวังว่าจะมีการค้นพบยาที่รักษาโรคเอดส์ได้ หวังว่าได้รับการยอมรับ หรือแม้แต่หวังว่าถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างมีความสุข

6.2.3 ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่างๆที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ผู้ป่วยจะมีอาการค่อนข้างมาก การพึ่งตนเองทำได้น้อยลงตามลำดับ และอาการที่เกิดขึ้นอย่างมากมายนั้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาที่สั้นลง ซึ่งมักพบปัญหาดังนี้

6.2.3.1 ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มากเพราะรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อย แต่ก็มักคิดว่าตนเองน่ารังเกียจไม่อยู่ในสภาพที่น่าดู กลัวว่าจะผูกพันจนทำใจไม่ได้ บางรายจะทนไม่ได้ที่เห็นญาติทรมานเพราะตนเองทนไม่ได้ที่ใครมาสงสาร อาจทำตัวโดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็จะรู้สึกห่างเหินกับคนที่ผูกพันใกล้ชิด

6.2.3.2 ความรู้สึกหมกมุ่นกับตัวเอง เกิดขึ้นเมื่อญาติไม่ได้มาเยี่ยมด้วยสาเหตุจากตัวผู้ป่วยหรือจากตัวญาติเองก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองแบบต่างๆ จนรบกวนกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

6.2.3.3 ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยนึกถึงอดีตโดยเฉพาะเรื่องที่ไม่น่าพอใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะเวลาอาการทางกายจะรุนแรงจนผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดความสามารถในการพึ่งตนเอง ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม รู้สึกว่าไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่และไร้ค่า

6.2.3.4 คิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายเพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือบางคนอาจมีความรู้สึกผิด ละอายใจ มีความรู้สึกหดหู่ใจ ท้อแท้ สิ้นหวังมากจนไม่อยากอยู่



6.2.3.5 การจบชีวิต ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงภายนอก และพยายามเข้าไปสู่โลกแห่งจินตนาการมากขึ้น ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งเร้าและหลับมาก

6.3 ผลกระทบด้านสังคม การติดเชื่อเอชไอวียังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมด้วย ผลกระทบที่สำคัญมีดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ; Kvalsund and Spillman, 2003 ; Suicide and Special Patient populations, 2003)

6.3.1 การขาดรายได้ สุขภาพที่ไม่ดีเยี่ยมเป็นสาเหตุของการขาดงาน การถูกออกจากงาน ผลที่ตามมาคือการขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาเป็นจำนวนมากอีกด้วย ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจได้มากขึ้นเช่นกัน

6.3.2 ข้อจำกัดทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และสังคม เกิดข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาได้เพราะส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมแต่ก็เป็นกรยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัว และเลิกล้มความปรารถนาที่จะเข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

6.3.3 ความสัมพันธ์ทางเพศ บุคคลเหล่านั้นนอกจากจะกลัวว่าตนเองจะเป็นผู้นำโรคไปแพร่ให้กับผู้อื่นที่ตนเองมีเพศสัมพันธ์ด้วยแล้ว ยังกลัวการถูกปฏิเสธความสัมพันธ์อีกด้วย

6.3.4 สัมพันธภาพทั่วไป ครอบครัว บุคคลที่เคยรักใคร่มักจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงต้องคอยซักจูงไม่ให้ผู้ติดเชื่อต้องแยกตัวออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวซึ่งรู้สึกว่าเป็นภาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ติดเชื่อมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่

6.3.5 ตราบาปทางสังคม การติดเชื่อนั้นได้ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยมาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัวและการรังเกียจของบุคคลในสังคม ทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

6.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ การติดเชื่อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้ผู้ติดเชื่อไม่สามารถทำนายหรือ

คาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหิน ทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีความคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่บ่อยๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิมด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน (พชรชัย เรือนลธิ์, 2545)

จากผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกทางลบได้ง่าย สืบเนื่องมาจากภาวะสูญเสียอำนาจ ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน (นิตยา ปัญจมีดิถี, 2542) โดยความสูญเสียที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากโรคเอดส์นั้นมีดังนี้ คือ สูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย สูญเสียลักษณะภายนอกที่ปรากฏ สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สูญเสียการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ และสูญเสียอำนาจสถานภาพของตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งบทบาทของตน (Polle, อ้างถึงใน จรรยา จันทรวง, 2542 ; สุพร เกิดสว่าง, 2542.) ผลจากความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ (ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539)

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์และในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยคัดเลือกตัวแปรมาจากการศึกษาของ Kalichman and others (2000) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่นำมาเป็นตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการคัดสรรมาจากผลการศึกษาต่างๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปปัจจัยคัดสรรที่ใช้ในการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ลำดับ	1.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	ธนู ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2541 – มกราคม 2542
เรื่อง	ภาวะเครียด กลไกการจัดการกับภาวะเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะเศรษฐกิจ
เนื้อหา/ คุณลักษณะ สำคัญ	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจต่อภาวะเครียด กลไกการจัดการกับความเครียดและความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายในคนไทย <u>กลุ่มตัวอย่าง</u> คนไทยทั่วประเทศยกเว้นเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 7,462 คน <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน มีเครื่องมือ คือ แบบสำรวจข้อมูลประชากร แบบวัดความเครียด SPST-20 และแบบวัดกลไกการจัดการกับความเครียดของ Jalowiec
ผลการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส สถานะทางการเงิน รายได้ อาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว
ลำดับ	2.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	ศิริชัย ดาริกานนท์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน 2541
เรื่อง	การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV
เนื้อหา/ คุณลักษณะ สำคัญ	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมทั้งหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี <u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 156 คน ในจังหวัดเชียงใหม่ <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> ใช้การสุ่มจากกลุ่มหรือชมรมต่างๆ ของผู้ติดเชื้อในชุมชนและโรงพยาบาลในเขตจังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสำรวจความคิดอยากฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นเอง และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
ผลการวิจัย	ผู้ที่หย่าร้างมีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีสถานะภาพสมรสอื่นๆ ส่งผลทำให้มีแนวโน้มเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง และในผู้ที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่ายจะมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีได้มากกว่าผู้ที่มีสถานะทางการเงินแบบอื่น และสามารถส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงเช่นกัน

ลำดับ	3.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	Elkin, D., Scheidt, S. and Wilcox, A. J. Connecticut : Appleton & Lange, 1999.
เรื่อง	Introduction to Clinical Psychiatry.
เนื้อหา/ คุณลักษณะ	กล่าวว่าการฆ่าตัวตายหมายถึงการกระทำอย่างมีสติ และตั้งใจเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต โดยผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะมีคุณลักษณะดังนี้คือ
สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพศชายจะกระทำการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง</li> <li>2. อายุที่มากขึ้นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น</li> <li>3. มีการใช้สารเสพติด</li> <li>4. มีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศหรือรักร่วมสองเพศ</li> <li>5. พบในผู้ที่มีการหย่าร้างหรือเป็นหม้าย</li> <li>6. มีอาการทางจิต</li> <li>7. มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย</li> </ol>
ลำดับ	4.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	Heckman, TG. and others.
เรื่อง	Thoughts of Suicide Among HIV-Infected Rural Persons Enrolled in a Telephone-Delivered Mental Health Intervention.
เนื้อหา/ คุณลักษณะ	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาลักษณะความคิดฆ่าตัวตาย และการทำนายความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
สำคัญ	กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในชุมชนในเขต 8 รัฐของสหรัฐอเมริกา <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> ใช้การสุ่มแบบสะดวกทางโทรศัพท์ ในผู้ที่มารับบริการในองค์การที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ ใช้แบบประเมินตนเองในด้านความคิด ฆ่าตัวตาย การตีตราจากสังคม การมีอาการทางจิต ภาวะเครียดในชีวิต การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
ผลการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า การมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ การได้รับประสบการณ์จากการถูกตีตราจากสังคม

ลำดับ	5.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	Kalichman, S. C. and others. Psychiatric Services. 51, July 2000
เรื่อง	Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living with HIV-AIDS
เนื้อหา/ คุณลักษณะ	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาความชุก และคุณลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
สำคัญ	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุมากกว่า 45 ปี จำนวน 113 คน <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา เครื่องมือประกอบไปด้วย แบบวัดความคิดฆ่าตัวตาย emotional distress แบบวัดคุณภาพชีวิต การเผชิญกับปัญหา และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
ผลการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ การเผชิญกับความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยลง ระยะอาการต่างๆ ของโรค ผู้ที่อยู่ในระยะเจ็บป่วยทางจิต ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด
ลำดับ	6.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	Kelly, B. and others. Psychosomatics. 39, October 1998.
เรื่อง	Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection.
เนื้อหา/ คุณลักษณะ	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาความชุกของความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อทำนายความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในอดีตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
สำคัญ	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> กลุ่มตัวอย่างจำนวน 229 คน ในประเทศ Australia <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> ได้รับความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ในประเทศ โดยเครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความคิดและการพยายามฆ่าตัวตาย แบบวัดการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน แบบวัดการเจ็บป่วยทางจิต แบบวัดบุคลิกภาพ แบบวัด Defense style, Locus of control behavior. แบบวัดระยะอาการของโรค การสนับสนุนทางสังคม
ผลการวิจัย	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย คือ อาการทางจิต การติดสารเสพติด ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ระยะอาการของโรค การมีอาการทางจิตประสาธ การพึ่งพาอำนาจนอกตนเอง ภาวะว่างงาน การมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว

ลำดับ	7.
ชื่อผู้แต่ง/วารสาร	Roy, A. Acta Psychiatrica Scandinavica. 107, January 2003.
เรื่อง	Characteristics of HIV Patients who Attempt Suicide.
เนื้อหา/	<u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้
คุณลักษณะ	ติดเชื้อเอชไอวี
สำคัญ	<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้มาเข้าโปรแกรมการรักษาการติดสารเสพติด และผู้มารับ บริการในศูนย์สุขภาพจิตชุมชนในสหรัฐอเมริกา <u>วิธีการวิจัย/เครื่องมือ</u> เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย การใช้สารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตายในอดีต และ แบบวัดอาการทางจิต แบบวัดบุคลิกภาพ แบบสอบถามการถูกละเมิดกรรม ในวัยเด็ก
ผลการวิจัย	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ เพศหญิง อายุ การว่างงาน สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด การมีประวัติการเจ็บป่วย ทางจิต และมีประวัติการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในครอบครัว

จึงสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่สำคัญได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัยดังต่อไปนี้

1. เพศ เพศหญิงจะมีความเข้มแข็งอดทนในการดูแลคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และนำไปสู่การมีชีวิตที่ยืนนานกว่าบุรุษที่ติดเชื้อเอชไอวี (ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545) อาจเป็นเพราะเพศชายมักไม่แสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายปัญหาหรือความรู้สึกไม่สบายใจให้ผู้อื่นฟัง และมักใช้วิธีการกระทำที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง เมื่อมีปัญหากดดันเพศชายมักหาทางออกโดยการไม่ปรึกษาใครและปรับตัวในทางลบ ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกกนิระ และ อัมพรศรี ธนไพศาล, 2544) เพศชายจึงมีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมากกว่าเพศหญิง (ธาดา เจริญกุล, 2545 Cote, 1992) ส่วนเพศหญิงมักมีอาการอ่อนไหวง่าย

มากกว่าเพศชาย แต่ไม่กล้ากระทำการฆ่าตัวตายเนื่องจากกลัวและไม่กล้า จึงพบว่าเพศหญิงมักมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 : 1 (สมพร บุชราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541)

#### ความสัมพันธ์ของเพศกับการฆ่าตัวตาย

ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล (2543) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ จากพื้นที่จังหวัดในภาคเหนือจำนวน 5 จังหวัด จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,184 ราย พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มในการคิดฆ่าตัวตายมากกว่าในเพศชาย

Meel (2003) ได้ทำการศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 1996 - 2000 โดยรวบรวมข้อมูลจากสถิติของ ผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้เพิ่มขึ้นสูงจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 1996 และ 2000 ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายอายุ 20 - 30 ปี

2. อายุ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นในกลุ่มบุคคลช่วงอายุ 20 - 44 ปี และ 55 - 64 ปี เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ สับสน และเป็นวัยที่อยู่ในช่วงปรับตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงถือได้ว่าเป็น "วัยวิกฤติ" ของชีวิต ซึ่งล้วนแต่ก่อให้เกิดความเครียดในการปรับตัวทั้งสิ้น นำไปสู่พฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆ ได้ ส่วนวัยสูงอายุนั้นจัดเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของบทบาททางสังคม และต้องพบกับการสูญเสียต่างๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าส่งผลให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545 ; ประยุกต์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541) โดยจากสถิติพบว่ากลุ่มที่มีการติดเชื่อเฮงไฮวี่สูงคือกลุ่มช่วงอายุ 20 - 34 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่ามีการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื่อเฮงไฮวี่/ผู้ป่วยโรคเอดส์สูงในช่วงอายุประมาณ 25 - 54 ปี (Marzuk, 1997)

#### ความสัมพันธ์ของอายุกับการฆ่าตัวตาย

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ได้ทำการศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชากรเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 826 คน พบช่วงอายุสูงสุดของประชากรที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายคือ ช่วงอายุ 31 - 40 ปี

Gunnell and others (2003) ได้ทำการศึกษาในประชากรของประเทศอังกฤษ ที่ได้รับการระบุว่าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์ของ ICD, reversion 6 - 9 ช่วงปี ค.ศ. 1950 - 1999 ซึ่งพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายได้เพิ่มสูงมากขึ้นในเพศชาย ช่วงอายุ 15 - 44 ปี

3. **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำ บัคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา สามารถนำความรู้และทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี ในขณะที่ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหาหรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการพิจารณาสิ่งที่คุกคามตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถเลือกใช้แหล่งประโยชน์ได้อย่างถูกต้อง (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545)

#### ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษากับการฆ่าตัวตาย

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลล (2541) ได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาถึงความคิดอยากตายของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศิริราช ช่วงปี พ.ศ. 2538 - 2540 พบว่าร้อยละ 70 มีความคิดอยากตาย โดยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์ (2545) ได้ทำการศึกษาผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายทั้งหมดในช่วงปี พ.ศ. 2527 - 2544 ซึ่งพบทั้งหมด 19 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

4. **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานะของบุคคลตามลักษณะการสมรสที่เป็นจริง บุคคลที่มีชีวิตคู่จะมีกำลังใจ อบอุ่น มั่นคงทางอารมณ์มากกว่าบุคคลที่เป็นโสดหรือหม้ายหย่าร้าง แยก เนื่องจากบุคคลมีคู่สมรสอยู่ด้วยนั้นจะเป็นสิ่งที่สามารถบ่งชี้ได้ถึงกำลังใจที่จะได้รับจากคู่ชีวิต ทำให้เกิดความอบอุ่น และมีบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพิง โดยผู้ที่เป็นโสด หม้ายหรือหย่าร้างมักจะมีความรู้สึกว่าเหว เศร้าเกิดขึ้นได้ง่าย เนื่องจากไม่มีคนคอยประคับประคองจิตใจ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2540 ; ดรุณี เลิศปรีชา, 2545)

#### ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับการฆ่าตัวตาย

ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 156 คน พบว่าคนที่หย่าร้างมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำมากกว่า และพบว่ามีโอกาสที่จะเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สูง

ธัญ ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนไทย ครอบคลุมเขต 1 - 12 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 7,462 ราย เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม 2541 ถึงมีนาคม 2541 จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสแบบคู่สมรสที่แยกกันอยู่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย



มากที่สุด (14.4%) รองลงมาคือ คนโสด (8.3%) และคนที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (7.4%) ตามลำดับ

Cheng and others (2000) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมและจิตใจที่มีผลต่อ ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในจีนและไต้หวัน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 ราย โดยรวบรวม จากผู้ให้ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านหลังจากที่มีการเสียชีวิต 1 เดือน พบว่าในผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมี ปัจจัยทาง จิตสังคมในด้านสถานภาพสมรสโสดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

5. **ภาวะเศรษฐกิจ** คือ ความเพียงพอของรายรับรายจ่ายและรวมถึงรายได้ของ บุคคล เป็นปัจจัยที่จะกำหนดความพึงพอใจของบุคคลเนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทาง สังคม บุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงก็จะมีโอกาสแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ใน สังคมได้มากขึ้น การที่มีรายได้ไม่เพียงพอจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความท้อถอย (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545) ดังนั้นภาวะเศรษฐกิจจึงเป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อประชากรส่วนใหญ่ (ชะไมพร ธรรมวาสิ และ นียดา ภู่อุณฺสาสน์, 2545) โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้นเป็น การเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (วาสนา อิมเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542) แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นมักจะอยู่ในช่วงวัยแรงงาน ทำให้ต้องหยุดงานหรือออกจาก งานเนื่องจากภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย ผลที่ตามมาก็คือการขาดรายได้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) และลักษณะพัฒนาการในวัยนี้จะต้องสร้างความมั่นคงให้ครอบครัวและสำเร็จในชีวิตการ งาน (สุชา จันทรเอม, 2536) การที่ต้องเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ เกิดความคับข้องใจและเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สูง (Kelly, 1998)

#### ความสัมพันธ์ของภาวะเศรษฐกิจกับการฆ่าตัวตาย

ธนู ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตตินรินทร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนไทย ครอบคลุมเขต 1 - 12 ในช่วง มกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2541 พบว่าผู้ที่มีฐานะไม่พอกิน-พอใช้ ต้องกู้ยืมมีความคิดฆ่าตัวตาย (11.0%) สูงกว่าผู้ไม่ พอกินพอใช้แต่มีที่พึ่งพาได้ (10.85%) ผู้ที่มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (6.5%) และผู้ที่มีเหลือเก็บ (4.9%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้มีรายได้ต่ำมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้มีรายได้สูง

ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสถานภาพทางการเงินที่ไม่พอใช้จ่ายจะทำให้คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่ แย่ลง และยังพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะเกิดความคิดอยาก ฆ่าตัวตายได้สูง

ชมัยพร ทิพย์สุวรรณ, ลัดดาวัลย์ พิบูลย์ศรี และ สุนทรี ศรีโกไสย (2544) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ณ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นถึงการมีรายได้ที่ต่ำและไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ที่มีความคิด ฆ่าตัวตายสูงขึ้น

6. ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด เป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์รับทราบผลการตรวจเลือดหรือผลการติดเชื้อของตนเอง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตจะอยู่ในช่วงประมาณ 10 ปี แต่การที่จะสามารถมีชีวิตอยู่กับอาการติดเชื้อให้ยาวนานนั้นขึ้นอยู่กับการดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมต่างๆ ตามการรับรู้เหตุการณ์และการรับรู้ต่อตนเอง โดยปรากฏการณ์การรับรู้สุขภาพของตนเองสามารถแสดงออกเป็นระยะๆ ซึ่งระยะแรกเป็นระยะที่เกิดขึ้นหลังจากที่รับรู้ว่ามีผลเลือดมีการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ตั้งตัวไม่ทันที่จะยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เกิดความรู้สึกลัวหวาดกลัวกับความตายที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมในลักษณะปิดบังซ่อนเร้น หรือประชดชีวิตในลักษณะต่างๆ เช่น คิดที่จะฆ่าตัวตาย (จามจุรี แซ่หลู่, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ พัชรียา ไชยลังกา, 2545) จึงพบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบได้สูงในระยะแรกที่รับทราบผลการตรวจเลือด (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542)

**ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดกับการฆ่าตัวตาย**

Perry, Jacobsberg and Fishman (1990) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายกับผลการตรวจ HIV ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 27.1 เมื่อมารับการตรวจเลือดครั้งแรก หลังทราบผล 1 สัปดาห์ ยังคงพบความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 16.3 แต่ไม่พบความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นหลังจากที่ทราบผลเป็นระยะเวลา 2 เดือน

Glass (1988 cite in Rosengard and Folkman, 1997) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนมากจะมีความคิดดังกล่าวเกิดขึ้นได้บ่อยในช่วง 6 เดือน หลังจากที่ได้รับผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

7. พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ความหมายของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เป็นลักษณะของการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นที่ยอมรับตามบรรทัดฐานของสังคมและค่านิยมที่พึงปฏิบัติ แต่ผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปจากค่านิยมและ

บรรทัดฐานของสังคม จัดได้ว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมกามมีเพศสัมพันธ์เบี่ยงเบน ดังที่ มานพ คณะโต (2541) ได้กล่าวไว้ว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศเป็นลักษณะหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์เบี่ยงเบน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่คนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นสิ่งน่าอาย บาดหูบาดตา มาก เป็นพฤติกรรมที่ถูกประทัประตราจากผู้คนในสังคม และแบ่งการเบี่ยงเบนของพฤติกรรมกามมีเพศสัมพันธ์ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ในเพศหญิง และเพศชาย

รักร่วมเพศ หมายถึง การมีความรู้สึกทางเพศและมีพฤติกรรมทางเพศในเพศเดียวกัน ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการทางบุคลิกภาพ ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นเพียงชั่วระยะหนึ่ง แล้วจึงเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ต่างเพศในภายหลัง แต่หลังจากอายุ 25 ปีขึ้นไป ถ้ายังคงมีพฤติกรรมรักร่วมเพศอยู่จึงถือว่าเป็นพวกรักร่วมเพศ (สุวันทนา อารีพรพรค, 2534)

### องค์ประกอบของพฤติกรรมกามมีเพศสัมพันธ์

วิทยา นาควัชระ (2537) ได้แบ่งพฤติกรรมทางเพศไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมทางเพศกับตนเอง ทำให้ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ผ่อนคลายความรู้สึก
2. พฤติกรรมทางเพศกับคนต่างเพศกัน เป็นการลดความคับข้องใจจากความรู้สึกทางเพศ เนื่องจากมั่นใจว่าเป็นความถูกต้องทางสังคมและสามารถแสดงออกได้อย่างเปิดเผย
3. พฤติกรรมทางเพศกับคนเพศเดียวกัน เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเปลี่ยนวัตถุที่เราความรู้สึกทางเพศจากตนเองไปหาบุคคลอื่น เนื่องจากเป็นช่วงที่เพศเดียวกันเข้ามามีบทบาทสำคัญ สนับสนุนใกล้ชิด ทำให้บางคนมีจิตใจชอบพอกับเพื่อนหรือมีพฤติกรรมทางเพศกับเพื่อนเพศเดียวกัน ซึ่งมักพบว่าจะทำให้เกิดรักร่วมเพศถาวรได้ในผู้ที่มีปัญหาในการพัฒนาบุคลิกภาพ มีตัวแบบที่ไม่ดี เช่น บทบาททางเพศของบิดามารดาไม่เหมาะสม ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาไม่ดี การเลี้ยงดูผิดเพศ หรือได้รับการกระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรงจากความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2533) ระบุว่าลักษณะของพฤติกรรมกามมีเพศสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเพศเดียวกันนั้น เป็นคำจำกัดความของคำว่ารักร่วมเพศ (Homosexuality) แบ่งเป็น

1. ถ้าเป็นรักร่วมเพศระหว่างผู้ชาย จะเรียกว่า รักร่วมเพศชาย (Male homosexuality)
2. ถ้าเป็นรักร่วมเพศระหว่างผู้หญิง จะเรียกว่า รักร่วมเพศหญิง (Female homosexuality)

3. ถ้าสามารถมีเพศสัมพันธ์กับทั้งผู้หญิงและผู้ชายได้ จะเรียกว่า รักร่วมสองเพศ (Bisexuality)

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทณี สุวรรณศรี (2541) กล่าวถึงการเกิดรักร่วมเพศว่าเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นภายนอก มาเร้าอารมณ์ทางเพศที่มีอยู่จนเกิดเป็นเงื่อนไขขึ้นมา ได้แก่

1. ความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับบุตรที่มากเกินไป ทำให้ความเป็นผู้หญิงซึมซาบเข้าไปในบุคลิกภาพ จนประทับเป็นเอกลักษณ์ความเป็นหญิงอย่างไม่รู้ตัว
2. บุคลิกภาพของบิดาและความสัมพันธ์กับบุตร บิดาที่มีนิสัยแข็งกร้าว และเมตต์จากรุ่นเด็กไม่สามารถจะเลียนแบบตามได้ หรือบิดาเป็นคนอ่อนแอ แยกตัว ไม่มีบทบาทหรือความผูกพันในเชิงประทับใจกับเด็ก ทำให้เกิดภาพพจน์ต่อบิดาในแง่ลบ และไม่ยอมเลียนแบบ
3. ความคาดหวังที่บิดามารดาอยากได้บุตรเป็นเพศตรงข้าม
4. การรักบุตรลำเอียง ทำให้เด็กเกิดความอิจฉาและอยากทำตัวเป็นเพศตรงข้าม
5. ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง ในการพัฒนาเอกลักษณ์ซึ่งต้องการที่จะแตกต่างจากคนอื่น
6. เกิดการล้อเลียนจากบุคคลรอบข้าง จนกลายเป็นความไม่แน่ใจ และขาดความเชื่อมั่นในเอกลักษณ์บทบาททางเพศได้
7. การอยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มเป็นพวกรักร่วมเพศ
8. มีประสบการณ์รักร่วมเพศมาก่อนและเกิดความพึงพอใจ

ผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปนั้น จะมีการรับรู้ถึงความรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ที่มีรสนิยมรักร่วมเพศแบบต่างๆ ต้องปิดบังตัวเอง อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรี และไร้คุณค่า (ขวัญใจ เอมใจ, 2547) เกิดเป็นความสับสน วางตัวไม่ถูก ผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศจึงต้องจับกลุ่มรวมกันเพราะถูกรังเกียจ ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การปรับตัวและพัฒนาการทางสังคมอย่างมาก (กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทณี สุวรรณศรี, 2541) ก่อให้เกิดความเครียดในระยะเวลายาวนาน พบว่าในผู้ที่มีลักษณะพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศหรือรักร่วมสองเพศ จะมีความตึงเครียดในชีวิตมากกว่าจึงทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงกว่าผู้ที่รักต่างเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Komiti and others, 2001) จึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์นั้นเกิดขึ้นได้ทั้งกับเพศหญิงและเพศชาย และมีลักษณะที่คล้ายกัน คือ แบ่งออกได้เป็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ รักร่วมสองเพศ และรักต่างเพศ

การประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ กุหลาบ รัตนจักรธรรม, วิไล สติตเสถียร และ พัทธนี สุวรรณศรี (2541) ได้สร้างแบบสอบถามลักษณะพฤติกรรมทางเพศไว้จำนวน 3 ข้อ เพื่อประเมินความเบี่ยงเบนทางเพศ แต่การศึกษารั้งนี้จะประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยแบ่งออกเป็น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักต่างเพศ แบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ ซึ่งเป็นความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ตรงกับความต้องการของผู้ที่มีความต้องการทางเพศในประเภทดังกล่าว ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จึงสามารถระบุถึงลักษณะของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของตนเองได้

#### ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

Kalichman and others (2000) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 113 ราย ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการด้านโรคเอดส์ ปี ค.ศ. 1998 - 1999 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าตนเองเป็นกลุ่มรักร่วมเพศนั้น พบว่ามีความคิด ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเมื่อทำการเปรียบเทียบกับกลุ่มรักต่างเพศ และรักร่วมสองเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Gil and others (2003) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 91 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล พบว่าการมีข้อบกพร่องของพฤติกรรมทางเพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Rajs and Fugelstad (2003) ศึกษาการฆ่าตัวตายที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง ปี ค.ศ. 1985 - 1990 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดมีการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 25 โดยพบการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายรักร่วมเพศ และรักร่วมสองเพศ

#### 8. การใช้สารเสพติด

ความหมายของการใช้สารเสพติด พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้ให้ความหมายของคำว่าสารเสพติดว่าเป็นสารเคมีหรือวัตถุชนิดใดๆ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยวิธีรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือวิธีการใดๆ แล้วทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพมากขึ้นเป็นลำดับ และเกิดอาการถอนยาเมื่อหยุดใช้หรือขาดยา เกิดความต้องการเสพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา (กองป้องกันสารเสพติด, 2537)

ทรงเกียรติ ปิยะกะ (2543) ได้ให้ความหมายของการใช้แอลกอฮอล์ว่า เป็นจำนวนและความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย โดยเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดจากกระเพาะอาหาร 20% จากลำไส้เล็กส่วนต้น 80% การดูดซึมนี้จะช้าลงเมื่อมีอาหารอยู่ และแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยเพิ่มขึ้น

### องค์ประกอบของการใช้สารเสพติด

กุหลาบ รัตนสังกรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทธนี สุวรรณศรี (2541) ได้แบ่งประเภทยาเสพติดออกเป็น 2 ประเภทคือ

#### 1. แบ่งตามฤทธิ์ของยาที่มีต่อร่างกาย ได้แก่

1.1 ยากดประสาท ทำให้สมองมีน้ชา อารมณ์จิตใจเฉื่อยชา กล้ามเนื้อหย่อนตัว

1.2 ยากระตุ้นประสาท ทำให้ประสาทและสมองตื่นตัว กระวนกระวาย

1.3 ยาหลอนประสาท เกิดประสาทหลอนเห็นภาพผิดปกติ ความรู้สึก

สัมผัสแปรปรวน

1.4 ยาที่ออกฤทธิ์ผสมผสาน ถ้าเสพปริมาณน้อยจะกระตุ้นประสาทแต่ถ้าเสพปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการหลอนประสาทได้

#### 2. แบ่งตามที่เกิดของยา แบ่งได้ 2 ชนิดคือ จากธรรมชาติและจากการสังเคราะห์

โดยการให้สารเสพติดนั้นจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ (สมฤทธิ์ จันทรสุข, 2543)

1. สาเหตุจากผู้ติดสารเสพติด เกิดมาจากสาเหตุทางบุคลิกภาพที่ผิดปกติมาก่อน เช่น ขอบฟุ้งพาดูอื่น ก้าวร้าวหรือมีโรคประสาท หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางจิตใจ ปัญหาทางอารมณ์ และเกิดจากสาเหตุทางร่างกาย เช่นการใช้เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดหรือให้สบายระงับอาการต่างๆ

2 สาเหตุจากตัวสารเสพติดให้โทษ ซึ่งสารบางอย่างเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วมีฤทธิ์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายหรือจิตใจ มีผลทำให้ต้องรับสารเหล่านั้นเข้าไปเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยสภาพของตัวยาต่างๆ นั้นมิได้ก่อให้เกิดปัญหาใดๆ ถ้าบุคคลนั้นไม่นำไปใช้

3 สาเหตุจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น การอยู่ใกล้ชิดกับสารเสพติดหรือผู้ใช้สารเสพติด สภาพสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการให้สารเสพติด ปัญหาทางครอบครัวหรือผลจากการกระทำของแพทย์

### การประเมินการใช้สารเสพติด

Drake, Osher and Wallach (1989) ประเมินการใช้สารเสพติด โดยการสัมภาษณ์ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย และใช้เกณฑ์ของ NIMH Community Support Program ในการแบ่งความรุนแรงของการใช้สารเสพติด ส่วน กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พิชนี สุวรรณศรี (2541) ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งหมด 17 ข้อ อันประกอบไปด้วย การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกัน และสิ่งกระตุ้นพฤติกรรมกำบังกันยาเสพติด ประเมินผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินถึงการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน เนื่องจากผลของสารเสพติดสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกายได้มากที่สุดในขณะที่มีสารนั้นอยู่ในร่างกายในระดับที่สูง ซึ่งจะมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึมเศร้า (ธาดา เจริญกุล, 2545) รวมทั้งการใช้แอลกอฮอล์ จะก่อให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ เกิดอาการประสาทหลอน เกิดการทำร้ายตนเองได้ (วาริณี โอบาสันนท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์, 2542 ; Kaplan and Sadock, 1989 ; Renaud and others, 1999)

### ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับการฆ่าตัวตาย

มานิดา สิงห์ขจิต และคณะ (2543) ทำการศึกษาลักษณะองค์ประกอบของชุมชน ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเกื้อหนุนในการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ปี พ.ศ. 2541 ของจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ปัญหาสุขภาพจิต

Pueschel and Heinemann (1995) ได้ทำการศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีสาเหตุการตายที่ผิดธรรมชาติ ในช่วงปี ค.ศ. 1989 - 1994 ซึ่งจากผลการศึกษาแบบย้อนหลังพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย คือ การติดสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์

Vajda and Steinbeck (2000) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ปี ค.ศ. 1994 - 1996 จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 112 คน พบว่าในเพศชายที่ใช้แอลกอฮอล์มีการพยายามฆ่าตัวตายเป็นซ้ำบ่อยครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

9. การมีโรคหรืออาการทางจิต หมายถึง ความผิดปกติทางจิตที่ร้ายแรงและส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีโรคหรืออาการทางจิตมักมีอาการและอาการแสดงออกดังนี้ เช่น แยกตัวเองจากโลกความเป็นจริง เกิดความคิดหลอนหรือภาพหลอน

ความคิดยุ่งเหยิง คิดเพ้อฝันและอารมณ์แปรปรวนอยู่เสมอ ซึ่งสาเหตุของโรคหรืออาการทางจิต แบ่งได้ 2 ประการคือ เกิดจากอาการทางกาย (Organic Psychoses) และเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ (Functional Psychosis) (วีรพล กุลบุตร, 2540) ดังนั้นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือมีโรคทางจิตรุนแรงเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ (สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย, 2545 ; Chatterton and others, 1999 ; Robinson, 2001)

โดยอาการทางจิตประสาทรุนแรงสามารถเกิดขึ้นจากเชื้อเอชไอวีได้ และยังส่งเสริมให้อาการทางจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจนกระทั่งขั้นเป็นโรคเอดส์นั้นมีอาการแทรกซ้อนทางจิตประสาท ถึงร้อยละ 50 - 90 (สมพร บุขราทิจ และ สุดสบาย จุลกัทัพพะ, 2540) และพบอาการซึมเศร้าได้ร้อยละ 25 - 50 (สมพร บุขราทิจ และ เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542) ซึ่งพบการฆ่าตัวตายในผู้ที่ซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 50 (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2546) นอกจากนี้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ยังสามารถเกิดอาการทางจิตได้จากผลกระทบจากการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เช่นกัน ถ้าบุคคลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในทางทำลาย และแสดงออกในด้านความโกรธหรือก้าวร้าว (รัชนีบุล เศรษฐภูมิรินทร์, 2544.) เมื่อไม่สามารถระบายไปยังบุคคลอื่นได้ ผู้ป่วยจึงหันความรุนแรงเข้าหาตนเองจนทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคและอาการทางจิตสามารถทำให้บุคคลในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Cockram and others, 1999 ; Kalichman and others, 2000 ; Kelly and others, 1998 ; Komiti and others, 2001)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการประเมินถึงการมีโรคหรืออาการทางจิต เนื่องจากพบว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น เกิดขึ้นจากผลจากการติดเชื้อของการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ซึ่งระบุได้โดยการวินิจฉัยจากแพทย์หรือได้รับการรักษาในสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ

#### ความสัมพันธ์ของการมีโรคหรืออาการทางจิตกับการฆ่าตัวตาย

โดยจากการศึกษาของ Heckman and others (2003) ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ของสหรัฐอเมริกา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการของภาวะซึมเศร้า

McKegney and O'Dowd (1992) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่มารับบริการให้คำปรึกษาภายในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ทราบ



ผลการตรวจเลือด พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์นั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย อันเกิดมาจากการมีโรคและอาการทางจิตเวชสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และจากการศึกษาของ Ciesla and Robert (2001) โดยใช้การวิเคราะห์แบบเมตา (Meta-analysis) ใน 10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มประชาชนทั่วไป พบว่าโรคซึมเศร้าจะพบสูงขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

10. **ระยะอาการของโรค** คือ อาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยเนื่องมาจากโรคเอดส์หรือเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ โดยดูจากอาการที่สัมพันธ์กับโรคในระยะต่างๆ ซึ่งการวัดระยะอาการของโรคนั้น สามารถประเมินโดยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมิน

กองระบาดวิทยา ก. (2543) ได้จำแนกระยะอาการของโรคออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV patients)
2. ผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (Symptomatic HIV patients)
3. ผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS patients)

การติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งผลกระทบมากขึ้นเมื่อเริ่มมีอาการทางกายปรากฏ โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการเจ็บป่วยแสดงออกมา (ประเวช ตันติพิวัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2541) เมื่อปรากฏอาการทางกายมักพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดความกดดันในระดับสูง เนื่องจากกลัวการถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง อีกทั้งต้องประสบปัญหาด้านความเจ็บป่วย ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดที่เรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกายและจิตใจในลักษณะต่างๆ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจได้อย่างรุนแรงและเรื้อรัง จึงเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคหรือมีโรคแทรกซ้อนจำนวนมาก จะเกิดความเครียดในระดับสูง และหาทางออกโดยการคิดฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานที่เผชิญอยู่

#### **ความสัมพันธ์ของระยะอาการของโรคกับการฆ่าตัวตาย**

ในการศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าจะสัมพันธ์กับระยะต่างๆ ของการติดเชื้อ โดยกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และกลุ่มที่เป็นอาการของเอดส์เต็มขั้น จะมีระดับความคิดฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ติดเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการ (Kalichman and others, 2003 ; Twiname, 2003)

Schneider and others (1991) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง 778 คน ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มต้นนั้น มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในระยะอาการของเอดส์เต็มขั้นเนื่องจากปัญหาความเครียดจากการปรับตัว จึงส่งผลทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

McKegney and O'Dowd (1992) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มารับบริการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่มีอาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ทราบผลการตรวจเลือด ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการของโรคเอดส์นั้นมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

Kelly and others (1998) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นการศึกษาแบบตัดขวางในออสเตรเลีย พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแสดงจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ปรากฏอาการ และกลุ่มผู้ที่ไม่มีการติดเชื้อ

#### 11. การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้กำลังใจ ให้ความรักเอาใจใส่ ยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ส่วน House (1985 cite in Weinert, 1987) ได้ให้ความหมายว่า เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหา ซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่ช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นคงของสุขภาพ

#### องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer and others (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา และรับรู้ถึงพฤติกรรม การปฏิบัติของตน
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความ

## ช่วยเหลือด้านวัตถุดิบของและบริการ

การที่ผู้ป่วยถูกแบ่งแยกออกจากสังคม ขาดการติดต่อกับสังคม เผชิญกับความโดดเดี่ยว ต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาได้ เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมเป็นอย่างมาก แต่ก็เป็นกรยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายแยกตัว และเลิกล้มความปรารถนาที่จะเข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการได้รับความเกื้อหนุนจากสังคม (พชรชัย เรือนลธิ์, 2545 ; Klee, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการดูแลของภาครัฐและเอกชนนั้นยังเป็นการบริการแบบตั้งรับ ไม่ต่อเนื่องครบวงจร และขาดการเชื่อมโยง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสิณี วิเศษฤทธิ์, 2544) อาจทำให้การเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือทางสังคมเป็นไปได้น้อยยิ่งขึ้น

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ รัตนกุล โภธิ (2543) ที่นำมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer and others (1981) ซึ่งการสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความช่วยเหลือ และเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยจัดการกับความเครียด ทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือความเครียดต่างๆ ได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545)

### ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการฆ่าตัวตาย

Kalichman and others (2000) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 113 ราย ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการด้านโรคเอดส์ ในปี ค.ศ. 1998 - 1999 พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และครอบครัวในระดับต่ำ

Gil and others (1998) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

## 12. ตราบาปจากสังคม

ความหมายของตราบาปทางสังคม ตราบาปจากสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง อันเกิดจากการประพุดิผิดจากบรรทัดฐานของสังคมและเป็นสิ่งไม่ดี ทำให้ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับ ตราบาปจึงนำไปสู่การถูกรังเกียจกีดกัน ถูกแบ่งแยก อันเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน (เสาวภา, 2541 ; อ้างถึงใน พิศิษฐ์ คุณวโรตม์, 2545 ; อังคนา สรียาภรณ์, 2541)

ซึ่ง สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (2546) ได้ให้ความหมายของตราบาปทาง สังคมว่าเป็นทัศนคติที่ไม่สามารถแต่งตั้งเดิมจากการไม่ยอมรับ การถูกจัดรังและดูแคลนจากสายตา คนในสังคม

#### องค์ประกอบของตราบาปจากสังคม

Goffman (1963) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานของตราบาปว่าประกอบด้วย 3 ลักษณะคือ

1. ลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม ทำให้มีมลทิน ข้อบกพร่อง ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การติดยาเสพติด การติดคุก
2. ลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นของร่างกายที่น่าเกลียด เช่น ความพิการ
3. การตีตราหรือตราบาปจากเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา

Jones and others (cited in Alonzo and Reynolds, 1995) แบ่งตราบาป ออกเป็น 6 ด้านคือ

1. การปิดบังซ่อนเร้น หรือ concealability
2. วิธีทาง แนวทางในการปฏิบัติ หรือ course
3. ความแตกแยก หรือ disruptiveness
4. คุณภาพของความสวยงาม หรือ aesthetic qualities
5. จุดกำเนิด มูลเหตุ หรือ origin
6. ศัตรูหรืออันตราย หรือ peril

อรุณ แก้วเกตุ (2545) ได้กล่าวถึงการรับรู้ตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะ ปรากฏออกมาใน 2 ระยะคือ การรับรู้ที่เป็นตราบาปในลักษณะของการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและลักษณะของการรับรู้ตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี และแบ่งองค์ประกอบย่อย ออกเป็น 4 ด้านคือ

1. ด้านตราบาปส่วนบุคคล หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อประเมินสถานการณ์และ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นต่อตนเอง หลังจากที่บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี
2. ด้านการเปิดเผยสถานการณ์ภาพการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกของผู้

ติดเชื่อเอชไอวีในการควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับผลการติดเชื่อกับบุคคลอื่น การเก็บผลการติดเชื่อไว้เป็นความลับ

3. ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื่อมีต่อตนเอง ว่าการติดเชื่อเอชไอวีทำให้เป็นคนสกปรก ไมดี และเป็นคนที่มีมลทินติดตัว

4. ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวี หมายถึง การที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรับรู้ว่าคุณส่วนมากมีความคิดอย่างไรต่อตนเอง

#### การประเมินตราบาปจากสังคม

จรรยาวัตร คมพัยค์ม์ และ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2543) ได้สร้างแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปจากการพบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ติดเชื่อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตีตราจากสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมทั้งหมด 29 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลค่าคะแนนโดยใช้คะแนนรวมของแบบสอบถาม ซึ่งค่าคะแนนที่สูงขึ้นจะแสดงว่ามี การรับรู้ที่เป็นตราบาปสูง

แต่สำหรับกาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ติดเชื่อเอชไอวี ของ อรุณ แก้วเกตู (2545) ที่ดัดแปลงมาจากข้อคำถามการรับรู้ที่เป็นตราบาป ของ Berger, Ferrans และ Lashley ซึ่งแบ่งการรับรู้ตราบาปออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านตราบาปส่วนบุคคล ด้าน การเปิดเผยสถานภาพการติดเชื่อเอชไอวี ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวี ซึ่งมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับตราบาปที่ผู้ป่วยรับรู้และประเมินได้

#### ความสัมพันธ์ของตราบาปจากสังคมกับการฆ่าตัวตาย

บังอร ผลเนืองมา และคณะ (2541) ได้ศึกษาการเห็นด้วยและการยอมรับของกลุ่มนายจ้างและลูกจ้างในสถานประกอบการต่อลูกจ้างที่เป็นเอดส์ พบว่าการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันนั้น กลุ่มลูกจ้างยินดีที่จะปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มนายจ้างนั้นยอมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเหลือเพียง 50 - 70% และมีนายจ้างจำนวนร้อยละ 54 ที่เห็นด้วยกับการปลดลูกจ้างที่เป็นโรคเอดส์ออกจากงาน

ผลจากการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (อ้างถึงใน จรรยาวัตร คมพัยค์ม์ และ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2543) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อนฝูงตีตัวออกห่าง และยังคงพบการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น พยายามหลีกเลี่ยง

ส่วน Heckman and others (2003) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการในองค์กรที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ของสหรัฐอเมริกา พบว่าความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มสูงขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การรับรู้ถึงตราบาปที่ได้รับจากโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 13. สัมพันธภาพในครอบครัว

#### ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

ราชบัณฑิตยสถาน (2538) ให้ความหมายของสัมพันธภาพ ว่าคือ ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นความสัมพันธ์ ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องของบุคคลภายในครอบครัว อันประกอบด้วยบิดามารดา และบุตร มีการปฏิบัติสิ่งต่างๆ ต่อกัน ให้ความรัก ความห่วงใย เห็นอกเห็นใจกัน เคารพยกย่องซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันรับผิดชอบเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความรู้สึก และความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมซึ่งสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อบุคคล ประกอบด้วย การให้ความรักความห่วงใย อาหารซึ่งกันและกัน การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว (นัยนา อินธิโชติ, 2545)

#### องค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทณี สุวรรณศรี. (2541) ได้รวบรวมแนวคิดของนักจิตวิทยาและกล่าวว่าครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะต้องมีลักษณะดังนี้ คือ ต้องเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรกัน ต้องรู้จักคนที่เรารัก เคารพซึ่งกันและกัน มีความรับผิดชอบ มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจกันและกัน ให้อภัยกันและกัน ต้องรู้จักสื่อสารในครอบครัว ต้องใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพ มีการปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว ต้องรู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัว และมีความใกล้ชิดทางสัมผัส

จันทิรา ปัทมินทร และ เอมอร อินโชนานนท์ (2537) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สำคัญที่สุดของครอบครัว คือ สายสัมพันธ์อันดีระหว่างบิดามารดาและบุตร มีความรัก ความอบอุ่นต่อกัน และภายในครอบครัวจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการสร้างความผูกพันที่กระชับและมั่นคง

ส่วน Umberson (1992) เห็นว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจะมั่นคงได้ขึ้นกับองค์ประกอบดังนี้

1. สัมพันธภาพในครอบครัวจะต้องยั่งยืนและขยายใหญ่

2. บุตรควรมีความสัมพันธ์ต่อบิดามารดา
3. สังคมจะยกย่องครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี
4. สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเจตคติที่ดีต่อสังคม
5. ความผูกพันระหว่างบิดามารดาและบุตร ต้องมีความเกี่ยวข้องกันตลอดเวลา ซึ่งครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือเป็นสถาบันที่มีผลต่อสภาพฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างมาก เพราะสมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นแหล่งบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตไม่สิ้นหวัง (จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541)

#### การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

รัตนกุล โภธิ (2543) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอดส์ ประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน การยอมรับซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ทั้งหมด 37 ข้อ และนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.874 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ คิดค่าคะแนนโดยวัดจากค่าเฉลี่ยและแปรผลเป็นระดับมาก ปานกลาง และน้อย

วีจนา สกุลดี (2542) ได้นำแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่สร้างโดย อุมพร รักษาทิพย์ มาใช้ในการประเมินระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งมีปัจจัยรายด้านที่สอดคล้องกับลักษณะ สัมพันธภาพในครอบครัวที่พบส่วนใหญ่ ทั้งในด้านความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ การได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือด้านวัตถุการเงินและสิ่งของ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ด้วย เนื่องจากครอบคลุมลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวส่วนใหญ่

#### ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับการฆ่าตัวตาย

ธนู ขาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายของประชาชนไทย โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ครอบคลุมเขต 1 - 12 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2541 พบว่าครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (33.7%) สูงกว่าครอบครัวที่ขัดแย้งกันเล็กน้อย (12.9%) และครอบครัวที่รักกันดี (5.4%)

อุมพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรม การฆ่าตัวตายซึ่งรวมทั้งความคิด และการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสระแก้วและอ่างทอง

ในช่วงระยะเวลา 1 ปี จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 257 ราย พบว่าปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การฆ่าตัวตายนั้นได้แก่การที่สมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกัน

สมหมาย เลหาะจินดา และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย (2542) ได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาถึงลักษณะการเลี้ยงดูที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในเขตภาคเหนือ พบว่าการดูดำ ดูดี เหมินเฉย ไม้ไว้ใจ บังคับ มีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งถ้าพ่อแม่ปฏิบัติกับลูกแล้วพบว่าลูกจะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเมื่อไม่ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ

#### 14. การเผชิญกับปัญหา

##### ความหมายของการเผชิญกับปัญหา

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าปกติ

Lazarus and Folkman (อ้างถึงใน ปองลดา พรหมจันทร์, 2542) กล่าวว่าวิธีการเผชิญความเครียดเป็นวิธีการที่บุคคลแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เพื่อใช้ในการบรรเทา ควบคุม ป้องกันหรือขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด

##### องค์ประกอบของการเผชิญกับปัญหา

Lazarus and Folkman (อ้างถึงใน ปองลดา พรหมจันทร์, 2542) ได้แบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 แบบคือ

1. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อมโดยตรง สามารถแบ่งได้เป็น การเผชิญหน้ากับปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหา

2. วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด บรรเทาความไม่สบายใจ แบ่งออกเป็นการประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรู้สึกชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่าง และการหนีเลี่ยงปัญหา

Alwin (1994) ได้แบ่งกลุ่มการปรับแก้ (Coping) ออกเป็น 3 กลุ่มแนวคิด ดังนี้

1. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้โดยยึดบุคคลเป็นหลัก เป็นกลุ่มที่เชื่อว่าบุคลิกภาพจะเป็นตัวกำหนดขั้นต้นที่จะบอกได้ถึง การปรับแก้ภาวะเครียดของบุคคลว่าเป็นอย่างไร



2. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้โดยพิจารณาตามสถานการณ์ โดยให้ความสนใจเกี่ยวกับความแตกต่างในการเลือกวิธีการปรับแก้ต่อปัญหาของบุคคล ให้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดที่มีระดับรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน

3. กลุ่มที่ศึกษาการปรับแก้ในแนวเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับการประเมินค่าต่อสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ โดยบุคคลจะมีความยืดหยุ่นและปรับแก้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

### การประเมินการเผชิญกับปัญหา

ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ (2541) ได้แปลและปรับปรุงแบบวัดวิธีการเผชิญปัญหาเพื่อใช้ในการประเมินรูปแบบของการแก้ปัญหาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ปฏิบัติหลังจากติดเชื้อเอชไอวี โดยแบบวัดการเผชิญการติดเชื้อเอชไอวี (Coping Scale) ชุดนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ศึกษามากหลายประเทศและอาจกล่าวได้ว่าเป็นแบบทดสอบที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ และมีข้อเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า

Uthis (1999) ได้นำแบบวัดการเผชิญปัญหา (Coping response) มาใช้ในการวัดวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ของ Jalowiec โดยมีลักษณะโครงสร้างของข้อคำถามคล้ายคลึงกับแนวคิดการเผชิญกับปัญหาของ Lazarus และ Folkman แบ่งออกเป็นการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการตอบสนองกับปัญหาที่มีความครอบคลุม และแสดงถึงการแก้ไขปัญหโดยให้กลไกทางจิตแบบต่างๆ ผู้วิจัยจึงได้นำแบบสอบถามชุดนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

### ความสัมพันธ์ของการเผชิญกับปัญหากับการฆ่าตัวตาย

ผลจากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในองค์กรที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ของสหรัฐอเมริกา พบว่าความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อที่เพิ่มสูงขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลในการเผชิญปัญหาแบบต่างๆ ที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Heckman and others, 2003)

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2543) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายจากประชาชนทั่วไปในพื้นที่จังหวัดในภาคเหนือ โดยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,184 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเรื่องไม่สบายใจแล้วเก็บไว้คนเดียวไม่ปรึกษาใคร จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่มีวิธีการแก้ปัญหาโดยการเลือกปรึกษาใครคนใดคนหนึ่ง

Kalichman and others (2000) ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 113 ราย ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการทางด้าน

โรคเอดส์ ในช่วงปี ค.ศ. 1998 - 1999 พบว่ากลุ่มที่มีการใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหา จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

15. ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ พฤติกรรมที่แสดงถึงเจตนาในความต้องการที่จะจบชีวิตของบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านมาในอดีต ซึ่งสามารถส่งผลถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปัจจุบันของผู้ที่ได้รับการเลี้ยงแบบ เพราะการเลี้ยงแบบเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่ง Bandura (อ้างถึงใน จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, 2543) เชื่อว่าการเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอกแต่จะเน้นการเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายในซึ่งจะเกิดภายหลังการเรียนรู้ ส่วนใหญ่จะเกิดจากการสังเกตตัวแบบหรือการเลียนแบบจากตัวแบบ จากการสังเกต ทำให้เรียนรู้ได้ว่าพฤติกรรมนั้นได้รับผลกระทบอย่างไร ถ้าเป็นที่น่าพอใจผู้สังเกตก็มีแนวโน้มจะลอกเลียนแบบพฤติกรรมนั้นๆ (วันชัย ขาวรัมย์, 2542)

นอกจากนี้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theories) ได้กล่าวไว้เพิ่มเติมว่าการฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะเรียนรู้ความแตกต่างด้านทัศนคติ ความประพฤติ และพฤติกรรมต่างๆ เมื่อตอนที่บุคคลเติบโตขึ้น โดยเรียนรู้จากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดมากที่สุด (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร, 2533) ซึ่งการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ได้กล่าวว่าจะประกอบด้วย 4 กระบวนการคือ

1. กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้ถ้าไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก การตั้งใจจึงเป็นตัวกำหนดการสังเกตจากตัวแบบ
2. กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลจะไม่สามารถรับอิทธิพลจากตัวแบบถ้าไม่สามารถจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเก็บจำคือ การเก็บรหัสเป็นสัญลักษณ์ การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบตามความคิดของตนและด้วยการกระทำ
3. กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำนั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะทำได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกต การกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับและการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้
4. กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะ

แสดงพฤติกรรมหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับความตั้งใจของประกอบของสิ่งล่อใจภายนอกที่กระตุ้นการรับรู้ เป็นสิ่งที่จับต้องได้และพฤติกรรมที่กระทำตามตัวแบบนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ

นอกจากนี้ Fischer and Gochros และ Ross (อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชิต, 2543) ได้สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ ในกรณีที่ผู้สังเกตไม่มีการเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อน
2. ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้ว เป็นกรณีที่ผู้สังเกตเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบจะมีหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้สังเกตพยายามพัฒนาพฤติกรรมนั้นมากขึ้น
3. ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดของพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือยังไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นมาก่อน ตัวแบบจะช่วยให้พฤติกรรมไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

ดังนั้นประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว จึงถือเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวมีการฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย และถ้าบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะเข้าสู่วัยรุ่น ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้น (Frederick, 1973 อ้างถึงใน ดร.ณิ เลิศปรีชา, 2545) และการมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือการเคยทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัว จึงสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ข , 2539 ; Barry, 2002 ; Kelly and others, 1998)

ซึ่งประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวนั้น สามารถประเมินได้จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับรู้ถึงเหตุการณ์การทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ และเจตนาของสมาชิกในครอบครัวที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดการลอกเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมจากตัวแบบ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุด และทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

**ความสัมพันธ์ของประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวกับการฆ่าตัวตาย**

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในจังหวัดสระแก้วและอ่างทอง ในระยะเวลา 1 ปี จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 257 ราย พบว่าปัจจัยเครียดทางจิตและสังคม เมื่อทำการวิเคราะห์โดย logistic regression analysis

ตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในครอบครัวเช่นกัน

ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเครียดทางจิตสังคมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2544 จำนวน 120 ราย พบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้นคือการมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว

Roy (2003) ได้ศึกษาถึงลักษณะของผู้ป่วยเอชไอวีที่พยายามฆ่าตัวตาย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 ราย ที่เข้ามารับโปรแกรมการบำบัดการติดยาเสพติด พบว่ากลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมีประวัติของการฆ่าตัวตายในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย

## 5. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

### 5.1 บทบาทของพยาบาลในการให้การปรึกษาเพื่อป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลบุคคลเหล่านี้จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี และลดความรุนแรงของปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ เพราะการตรวจหาเชื้อเอชไอวีโดยที่ไม่มีการเตรียมตัวและทำความเข้าใจอย่างรอบคอบอาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี จึงเป็นที่ยอมรับว่าการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการให้บริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด (สุพรเกิดสว่าง, 2542) ดังนั้นทุกคนจึงควรได้รับการให้คำปรึกษาอย่างครบวงจร กล่าวคือ การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (HIV Pre - test counseling) การให้บริการปรึกษาหลังรับการตรวจเลือด (HIV Post - test counseling) และการติดตามให้บริการปรึกษาแนะแนวหลังจากทราบผลเลือด (Follow up counseling) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมและเป็นการป้องกันปัญหาการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

1. การให้บริการปรึกษาก่อนตรวจเลือด (HIV Pre - test counseling) เป็นการเตรียมผู้มารับการตรวจเลือด ซึ่งหากมีการให้การปรึกษาที่ดี ก็จะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถวางแผนการสำหรับชีวิตและอนาคต รวมทั้งการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้นกว่าการไม่ทราบความจริง โดยมีแนวทางการให้คำปรึกษาดังนี้

### 1.1 แนวทางการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด

1.1.1 ทำการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้รับบริการเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

1.1.2 ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเท่าที่จำเป็น

1.1.3 อภิปรายถึงผลที่จะเกิดขึ้นในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะป็นกรณีที่เกิดเป็นบวกหรือผลลบ

1.1.4 ทบทวนหรืออธิบายกระบวนการในการตรวจเลือด

1.1.5 สร้างความสัมพันธ์เพื่อเป็นพื้นฐานในการให้บริการปรึกษาหลังการตรวจเลือด

### 1.2 ขั้นตอนการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด

1.2.1 สร้างความสัมพันธ์ แนะนำตนเอง บทบาทในการให้บริการปรึกษา

1.2.2 ทำความเข้าใจถึงเหตุผลของการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด รวมทั้งตกลงเรื่องการใช้เวลาและเรื่องอื่นๆ ซึ่งอาจทำได้แตกต่างกันไปตามลักษณะปัญหาของผู้รับบริการ

1.2.3 สํารวจเหตุผลที่ทำให้ผู้รับบริการตัดสินใจเข้ามารับการตรวจเลือด และสอบถามถึงรายละเอียดต่างๆ เช่น เคยตรวจมาก่อนหรือไม่ และได้ผลเป็นอย่างไร มีเหตุการณ์หรืออาการอะไรที่ทำให้ต้องการมาตรวจเลือด คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากน้อยเพียงใดเพราะเหตุใด

1.2.4 ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์การติดต่อและวิธีป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อ ควรเริ่มจากการถามความเข้าใจและความเชื่อต่างๆ แล้วจึงให้ข้อมูลเพิ่มเติม

1.2.5 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง เป็นการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจปัญหาเพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงควรพูดคุยเป็นรูปธรรม

1.2.6 ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจเลือด และความหมายของผลการตรวจเลือดทั้งในกรณีผลบวกและลบ แล้วให้การอธิบายให้ชัดเจนรวมทั้งเรื่อง "window period" ที่ต้องใช้เวลา 3 – 6 เดือน หลังการสัมผัสเชื้อก่อนที่ผลการติดเชื้อจะปรากฏให้เห็นหลังจากการตรวจเลือดด้วย

1.2.7 ประเมินความคาดหวังของผู้รับบริการว่า เขาคิดว่าผล

ตรวจเลือดของตนเองจะเป็นบวกหรือลบ และคิดว่าผลที่ออกมานั้นจะส่งผลกระทบต่อตัวเขาและบุคคลรอบข้างอย่างไร เตรียมปรับตัวกับปัญหาเหล่านั้นอย่างไร จะบอกผลกับใครบ้าง

1.2.8 ช่วยให้ผู้รับบริการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจเลือดว่ามีผลดีผลเสียอย่างไร และพร้อมจะทำการตรวจเลือดหรือยังหรือต้องการเวลาในการทบทวนก่อน ส่วนในกรณีที่ประเมินว่าผู้รับบริการอาจปรับตัวไม่ได้หากผลการตรวจเลือดนั้นเป็นบวก อาจแนะนำให้เลื่อนการตัดสินใจ

1.2.9 ตกลงรายละเอียดเกี่ยวกับการเจาะเลือด และแจ้งผลการตรวจเลือด เช่น การป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อ ระยะเวลาที่ต้องรอผลเลือด และรับฟังผลด้วยตนเอง

1.2.10 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามปัญหาที่อาจจะค้างอยู่ในใจก่อนปิดให้บริการ

2. การให้บริการปรึกษาหลังรับการตรวจเลือด (Post – test counseling) มีความสัมพันธ์กับการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดมาก ซึ่งควรเตรียมเวลาไว้พอสมควร โดยเฉพาะในกรณีที่ผลการตรวจเป็นบวก เพื่อให้ผู้รับบริการแสดงอารมณ์และความรู้สึกออกมา และเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตได้ แม้ในกรณีที่ผลการตรวจเลือดออกมาเป็นลบ ก็จำเป็นต้องใช้เวลาในการให้บริการปรึกษาและเสริมแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ โดยมีแนวทางให้การบริการปรึกษาหลังการตรวจเลือด ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนแจ้งผลเลือด ควรเริ่มต้นด้วยการประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการก่อนแจ้งผลเลือด ไม่ว่าจะผลการตรวจเลือดจะเป็นลบหรือบวก โดยถามถึงความรู้สึก ความหมายของผลเลือดต่อผู้รับบริการ การคาดการณ์ของผู้รับบริการว่าผลเลือดจะเป็นบวกหรือลบ รวมทั้งสรุปความหมายของผลเลือดทางการแพทย์อีกครั้งให้ชัดเจน

ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่ทราบเกี่ยวกับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ HIV มาก่อน ให้เริ่มต้นโดย ชี้แจงเกี่ยวกับผลการตรวจเลือดที่ได้ทำไปแล้ว พร้อมทั้งเหตุผลที่ปฏิบัติเช่นนั้น แล้วจึงเริ่มดำเนินการให้ขั้นตอนต่อไป ตามแนวทางการให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด แล้วจึงแจ้งผลเลือดให้ทราบ

2.2 การให้การปรึกษาในกรณีที่ผลการตรวจเลือดเป็นลบ โดยทั่วไป ผู้รับบริการมักรู้สึกโล่งใจและอาจรู้สึกว่าจะต่อไปต้องป้องกันตนเองอย่างเต็มที่ แต่ความตั้งใจดังกล่าวอาจค่อยๆ ลดลง หากไม่ได้รับการส่งเสริมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การให้การปรึกษามีประเด็นสำคัญดังนี้

2.2.1 ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับผลเลือด ซึ่งควรทำก่อนการ  
แจ้งผลเลือดและย้ำให้ชัดเจนหลังจากการแจ้งผลเลือด โดยเฉพาะในเรื่อง "window period"

2.2.2 ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อ HIV โดย  
เน้นให้เกิดความเข้าใจและหาทางป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้น แล้วกระตุ้นให้เกิด  
แรงจูงใจที่จะปรับพฤติกรรม

2.2.3 ช่วยผู้รับบริการหาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงของตน  
โดยร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมและหาแนวทางในการลดหรือปรับเปลี่ยน รวมทั้งจะลดอุปสรรค  
ในการที่จะปรับเปลี่ยนได้อย่างไร

2.3 การให้บริการปรึกษาในกรณีผลเลือดเป็นบวก ผู้รับบริการควรได้รับ  
การแจ้งผลโดยเร็วที่สุด โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมของสภาพการณ์ร่วมด้วย ซึ่งปัญหา  
ดังกล่าวจะลดลงได้มากหากมีการแจ้งให้ทราบก่อนว่าจะมีการตรวจเลือด และมีการเตรียม  
ให้บริการปรึกษาก่อนทราบผล โดยการแจ้งผลควรทำในที่ที่มีความเป็นส่วนตัวและมีเวลาพอให้  
ผู้รับฟังผลปรับตัวได้ ผู้ให้บริการควรให้การช่วยเหลือระดับประคองจิตใจก่อน ต่อไปจึงค่อยทำ  
ความเข้าใจให้ชัดเจน ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และช่วยวางแผนแก้ไขปัญหา จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ  
มีแนวทางดังนี้

2.3.1 การแจ้งผล หลังจากทำการประเมินความพร้อม ผู้ให้  
คำปรึกษาควรทบทวนความเข้าใจต่อความหมายของผลเลือด จึงแจ้งให้ทราบด้วยท่าทีที่อ่อนโยน  
แสดงความเห็นอกเห็นใจ ใช้ถ้อยคำที่สั้นกระชับรัด ซึ่งผู้รับบริการมักเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง  
ออกมาต่างกัน และมีความคิดความรู้สึกต่างๆ เกิดขึ้นในใจ

ในขั้นตอนนี้ผู้ให้บริการควรให้เวลาผู้รับบริการได้ปรับตัวกับการรับรู้ความจริง  
โดยปล่อยให้ผู้รับบริการนั่งเงียบๆ สักครู่ และอย่ารีบให้ข้อมูลต่างๆ กับผู้ป่วยทันทีเพราะสภาพ  
จิตใจของผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูล รวมทั้งไม่ควรรีบปลอบใจเนื่องจากผู้รับบริการอาจเกิด  
ความรู้สึกว่าไม่ได้รับความเห็นใจและเข้าใจในความรู้สึกเท่าที่ควร

2.3.2 ช่วยให้ผู้รับบริการแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้อย่าง  
เต็มที่ โดยใช้วิธีการต่างๆ เช่น แสดงความเข้าใจและสะท้อนอารมณ์ของผู้รับบริการ ใช้คำถาม  
เพื่อให้ระบายและแสดงการยอมรับ

2.3.3 ตรวจสอบความเข้าใจความหมายของการมีเลือดบวก  
อีกครั้ง หลังจากผู้รับบริการเริ่มสงบลง เพื่อให้แน่ใจว่าเข้าใจความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อ  
เอชไอวีกับการป่วยเป็นโรคเอดส์

2.3.4 สอบถามถึงปัญหาที่รู้สึกกังวลใจมากที่สุด บางรายอาจ

กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอนาคต ผลของการติดเชื่อต่อความสัมพันธ์ด้านต่างๆ แล้วจึงช่วยพิจารณาหาทางจัดการกับปัญหา

2.3.5 ตรวจสอบความรู้สึกหรือความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้รับบริการที่เพิ่งทราบผลการติดเชื่อของตน อาจเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้ให้บริการจึงควรถามถึงปัญหานี้และประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้รับบริการที่ผลเลือดเป็นบวกทุกราย เช่น ถามถึงความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ควรค่อยๆ ถาม ซึ่งถ้าผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย ก็ควรถามต่อไปว่าเขาวางแผนหรือไม่ว่าจะทำอย่างไรและจะเป็นการกระทำจริงๆ หรือเป็นเพียงความคิดเท่านั้น ผู้ป่วยมีเหตุผลว่าเขาควรจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่ มีแผนการฆ่าตัวตายและอุปกรณ์แน่นนอนแล้วหรือไม่ (สมพร บุษราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541) แล้วจึงดำเนินการให้ความช่วยเหลือ

2.3.6 พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การป้องกันการรับเชื่อและการแพร่เชื่อ ควรสำรวจความรู้และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพหลังการติดเชื่อ และหาทางปรับพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งพบว่าผู้รับบริการมักมีความรู้สึกที่ดีในการพูดคุยเรื่องนี้ และลดความรู้สึกผิดที่มีอยู่ในใจลงได้

2.3.7 วางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการบอกผลเลือดแก่ผู้อื่น ซึ่งควรช่วยให้ผู้รับบริการพิจารณาว่าจะบอกผลเลือดกับใครหรือไม่ มีผลดีผลเสียอย่างไร ซึ่งถ้าผู้รับบริการได้พิจารณาตัดสินใจจะบอกกับใครบางคน ผู้ให้บริการควรช่วยให้ผู้รับบริการซักซ้อมว่าจะบอกอย่างไรบ้าง ถ้าผู้รับบริการต้องการให้ผู้ให้บริการช่วยแจ้งผลให้กับคู่สมรสหรือครอบครัว ทราบก็ให้นัดหมายกันในวันเวลาต่อไป

2.3.8 ช่วยกันระบุนโยบายที่มองเห็นและวิธีการเผชิญปัญหา นั้นๆ จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นในอนาคต แต่อาจต้องนัดในครั้งต่อไปเพื่อติดตามดูแลการปรับตัวและดำเนินการให้บริการปรึกษาต่อเนื่องไป

2.3.9 บอกให้ผู้รับบริการทราบว่าเรายินดีที่จะให้ความช่วยเหลือต่อไปอย่างต่อเนื่อง และไม่ทอดทิ้งหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื่อ

2.3.10 พูดคุยถึงแผนการเฉพาะหน้าที่ผู้รับบริการจะกลับไปทำ ผู้รับบริการมักสับสนและอาจมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง การวางแผนจะสามารถลดความคิดในด้านลบที่ทำให้เกิดความรู้สึกสับสนได้

2.3.11 เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการถามคำถามเมื่อสงสัยในการให้บริการปรึกษาหรือพูดถึงความคับข้องใจได้ตลอดเวลา และควรถามย้ำอีกครั้งก่อนปิดบริการให้ การปรึกษาทุกครั้ง



3. การติดตามให้บริการปรึกษาแนะแนวหลังทราบผลเลือด (Follow up HIV counseling) เนื่องจากผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องประสบกับปัญหาต่างๆ ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย ทางใจและทางสังคมในระยะต่างๆ ของการดำเนินโรค ดังนั้นจึงควรจะมีการให้ความช่วยเหลือในการปรับตัวของผู้ติดเชื้อต่อไปอย่างต่อเนื่อง (จรรยา จันทรวงศ์, 2542)

## 5.2 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งการช่วยเหลือผู้ฆ่าตัวตายตามกระบวนการพยาบาลนั้น มีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. รวบรวมข้อมูล การประเมินผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นต้องระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมากและควรปฏิบัติตลอดเวลา โดยข้อมูลที่สำคัญมีดังนี้

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ เป็นต้น
- 1.2 อาการและอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงความคิดฆ่าตัวตาย
- 1.3 ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการจะตาย
- 1.4 บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่จำเป็นในการให้กำลังใจ

### 2. การวางแผน

2.1 เป้าหมายระยะสั้น เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ

- 2.1.1 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.1.2 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายบอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย
- 2.1.3 มีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

2.2 เป้าหมายระยะยาว เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- 2.2.1 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก
- 2.2.2 ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญความเครียด
- 2.2.3 แก้ปัญหาต่างๆ และมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย

### 3. การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมายคือ

- 3.1 ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
- 3.2 หาแรงดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย
- 3.3 ช่วยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้รู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา

เผชิญปัญหา

### 5.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

การช่วยเหลือผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่คิดฆ่าตัวตายนั้น สามารถทำได้ ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ให้การยอมรับไม่ตัดสินพฤติกรรม
2. มีการสื่อสารรายงานแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายให้ผู้ร่วมงานหรือบุคคลใกล้ชิดได้รับรู้
3. ต้องมีผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดตลอดเวลาในช่วงวิกฤติ (crisis) แม้แต่เวลาเข้าห้องน้ำ
4. แสดงการยอมรับผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์และไม่แยกผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ออกไปอยู่คนเดียว แต่ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นอันตราย
5. รับฟังสิ่งที่ผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์พูดระบาย ร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ ร่วมกันพิจารณาถึงความคิดฆ่าตัวตาย เพราะการพูดถึงการฆ่าตัวตายโดยตรงไปตรงมา จะไม่เป็นการเร้าหรือกระตุ้นให้มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แต่ตรงกันข้ามผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายยังมีความลังเลอยู่เสมอ เนื่องจากในส่วนตัวนั้นยังต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ การได้มองทางออกร่วมกันจะทำให้ตัดสินใจได้ดีขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)
6. ทำข้อสัญญากับผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ว่าจะไม่ทำอันตรายตนเองซึ่งควรทำทั้งคำพูดและการเขียนข้อสัญญา
7. ต้องทำให้ผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์รับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง
8. จัดให้ผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีกิจกรรมที่ได้ระบายความก้าวร้าว
9. ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ติดเชื่อเฮชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ควรได้รับความ

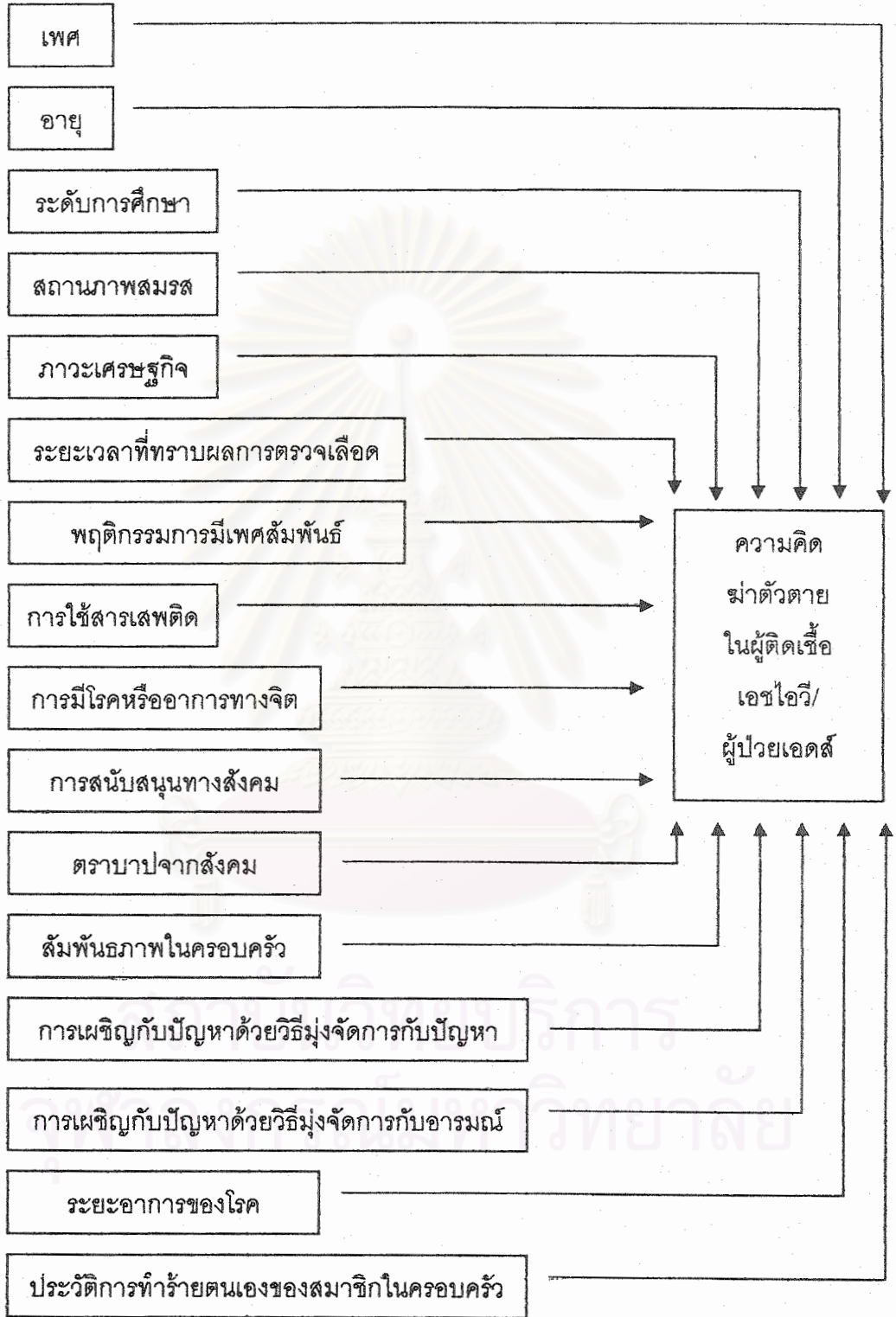
ช่วยเหลือเหมือนกัน เพราะญาติส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยญาติควรมารับรู้ปัญหาและหาทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

10. ถ้าจำเป็นควรมีการส่งต่อ หรือรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ไว้ในโรงพยาบาลภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิด รวมทั้งญาติสนิทหรือบุคคลใกล้ชิดได้เยี่ยมเป็นประจำ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่รู้สึกว่า เป็นการพลัดพราก (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย และศึกษาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

**ประชากร** คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดไม่มีอาการ มีอาการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในจังหวัดนนทบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับทราบผลการตรวจเลือด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จังหวัดนนทบุรี เนื่องจากมีจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก และตั้งอยู่ในเขตที่มีการติดเชื้อสูง (กองระบาดวิทยาฯ, 2543) เป็นศูนย์กลางในการดูแลเฉพาะทางทำให้มีลักษณะของผู้มารับบริการที่หลากหลายและมาจากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ มีการดูแลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและยังให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในทุกระยะอาการของโรคด้วย ทำให้เป็นสถานที่ที่เหมาะสมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพราะเป็นแหล่งที่มีกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เลือกศึกษา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจจะพบได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับทราบผลการตรวจเลือด หรือได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ มีอายุ 18 – 60 ปี สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ได้ตอบรู้เรื่อง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ใช้การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thorndike (1994)

$$N = 10k + 50 \quad (\text{เมื่อ } N = \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, } K = \text{จำนวนตัวแปร})$$

จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ  $(10 \times 17) + 50 = 220$  คน

**ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง** ขั้นต้นจะทำการคัดเลือกโดยแบ่งกลุ่ม

ตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อไม่มีอาการรวมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (รวมผู้มารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี) และ 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์

กลุ่มละ 110 คน รวม 220 คน แล้วทำการสุ่มจาก 2 สถานที่ คือ 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ และผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ สุ่มจากแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และจากคลินิก พิเศษ ในเวลา 8.00 – 12.00 น. 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ สุ่มจากแผนกผู้ป่วยใน ช่วงเวลา 13.00 – 16.00 น. ซึ่งจะทำการสุ่มแบบคนเว้นคนจากกลุ่มผู้มารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกกับคลินิก พิเศษ และสุ่มแบบบังเอิญจากกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โดยจะทำการเก็บข้อมูล จากผู้รับบริการคนที่ 1 จนเสร็จแล้วจึงมาเลือกผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คนต่อไปที่เจอ สุ่มได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งสิ้น 220 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 10 คน รวมเป็น 230 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดและเพิ่มอำนาจของข้อมูลให้มากขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลในวันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. ในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2547 โดยเก็บข้อมูลพร้อมกันและสอบถามความสมัครใจก่อนเข้าเก็บข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 6 ชุด คือ

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
3. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป
4. แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว
5. แบบสอบถามวิธีการเผชิญกับปัญหา
6. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

โดยรายละเอียดของเครื่องมือมีดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างได้ขึ้นเอง โดยลักษณะเป็นคำถาม ปลายปิดให้เลือกตอบ และเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความตามแนวที่ต้องการจะศึกษา อัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการ ตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะ อาการของโรค และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทาง

สังคมที่สร้างขึ้นโดย รัตนกุล โทธิ (2543) ซึ่งทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางสังคมในด้าน ข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์และสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีแนวคำตอบ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลางและเป็นจริงมากที่สุด ใช้ตัวเลข แทนระดับความรู้สึก ตั้งแต่ 1, 2, 3, ซึ่งแสดงถึงการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งมีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมาก	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน	3
เป็นจริงบางส่วน	ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกหรือ ความคิดเห็นของท่าน	2
ไม่เป็นจริง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็น ของท่านเลย	1

เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ และนักวิชาการควบคุมโรคจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือไปปรับปรุง และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษาจำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรการหาสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ซึ่งพบว่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ได้เท่ากับ 0.874 ซึ่งถือว่าเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความเชื่อถือได้สูง โดยแบบสอบถามนี้ได้แบ่งข้อคำถามออกเป็นรายด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ
การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม	มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

การคิดคะแนน เป็นการคิดคะแนนรายข้อและรวมเป็นรายด้านทุกด้าน โดยวัดจากคะแนนเฉลี่ย และแปรผลระดับของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับโดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

3. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ประเมินได้โดยแบบวัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตีตราบาปจากสังคมของ อรุณ แก้วเกตุ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากข้อคำถามการรับรู้ที่เป็นตราบาป ของ Berger, Ferrans และ Leshley และนำมาใช้ในในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยข้อคำถามทั้งหมดได้ผ่านการแปลและตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา จากศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 คน และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 คน เป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเอดส์ 1 คน ผลปรากฏว่าทุกข้อคำถามผ่านการเกณฑ์การประเมิน และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82 หลังจากนั้นได้นำไปตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะเหมือนกันกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงรวมเท่ากับ .88 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง 180 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาคโดยรวมเท่ากับ .94

โดยแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นไม่ตรงกับ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด	1	4
ไม่เห็นด้วย	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นตรงกับ ความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	3
เห็นด้วย	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นตรงกับ ความรู้สึกของท่านเป็นส่วนใหญ่	3	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพนั้นตรงกับ ความรู้สึกของท่านมากที่สุด	4	1

แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปนี้ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านตราบาปส่วนบุคคล ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเกณฑ์การแบ่งเป็นรายด้านดังนี้



1. ด้านตราบาปส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ
2. ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื่อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน

8 ข้อ

3. ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื่อเอชไอวี มีข้อคำถาม

จำนวน 8 ข้อ

4. ด้านทัศนคติของสาธารณชนต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวี ประกอบด้วยข้อคำถาม

จำนวน 8 ข้อ

ซึ่งลักษณะข้อคำถามที่เป็นด้านบวกมีทั้งหมด 38 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 และข้อ 40 ส่วนข้อคำถามด้านลบ มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8 และข้อ 21

การคิดคะแนน เป็นการคิดคะแนนรายข้อและรวมเป็นรายด้านทุกด้าน โดยวัดจากคะแนนเฉลี่ย และแปรผลระดับของการรับรู้ที่เป็นตราบาปที่ได้รับโดยให้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.00	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงสุด
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูง
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง ระดับการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำสุด

4. แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว ซึ่งสามารถประเมินได้วัดจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวีของ วัจนา สกุลดี (2542) ซึ่งนำมาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่สร้างโดย อุมภาพร รัชชทิพย์ ประกอบไปด้วยคำถามที่แสดงความคิดเห็นในด้านความผูกพันรักใคร่ การมีโอกาสช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว การมีคุณค่าแห่งตน ความรู้สึกเชื่อถือไว้วางใจ การได้รับคำแนะนำและรับการช่วยเหลือด้านวัตถุการเงินและสิ่งของ ซึ่งเครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการนำไปตรวจสอบหาความเที่ยงก่อนนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซึ่งได้ค่าเท่ากับ .92

โดยแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวชุดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ความหมาย	คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5
เป็นจริงส่วนมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่	4
เป็นจริงปานกลาง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย หรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่	2
ไม่เป็นจริงเลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด	1

สำหรับการกำหนดค่าคะแนนของสัมพันธภาพในครอบครัว จะทำการคิดคะแนนรายข้อและรวมเป็นคะแนนรวมของแบบสอบถาม โดยวัดจากคะแนนเฉลี่ย และแปรผลระดับของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย	1.50 – 2.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพอใช้
คะแนนเฉลี่ย	2.50 – 3.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.50 – 4.49	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี
คะแนนเฉลี่ย	4.50 – 5.00	หมายถึง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก

5. แบบสอบถามวิธีการเผชิญกับปัญหา สามารถวัดได้จากแบบวัดการเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด (Coping response) ของ Uthis (1999) เป็นแบบวัดที่แสดงถึงวิธีการเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยแบบสอบถามชุดนี้ได้นำมาจากแบบวัดวิธีการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec, 1983 cite in Uthis, 1999) คือแบบวัด Jalowiec Coping Scale (JCS) ซึ่งมีลักษณะโครงสร้างของข้อคำถามคล้ายคลึงกับแนวคิดการเผชิญกับปัญหาของ Lazarus และ Folkman แบ่งออกเป็นการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งสามารถสะท้อนถึงวิธีการที่บุคคลใช้ในการตอบสนองทั้งทางด้านความคิด และพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ดังที่กล่าวไว้ในแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญกับความเครียด โดยแบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทย เพื่อใช้ในการประเมินวิธีการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา จำนวน 6 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาล ผลปรากฏว่าทุกข้อคำถามผ่านการเกณฑ์การประเมินในระดับ

ความเห็นที่ร้อยละ 80 และมีตรวจสอบหาค่าความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) พบว่ามีค่าแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 แสดงว่าแบบทดสอบชุดนี้มีความน่าเชื่อถือได้ในระดับสูง

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็นวิธีการเผชิญกับปัญหา 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหา จำนวน 15 ข้อ และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้ ใช้เป็นบางครั้ง ใช้ประมาณครึ่งหนึ่ง ใช้บ่อยครั้ง และใช้เกือบตลอดเวลา โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้คือ

คำตอบ	ความหมาย	คะแนน
ไม่เคยใช้	ท่านไม่ได้ปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นเลย	1
ใช้เป็นบางครั้ง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นบ้างเพียงเล็กน้อย	2
ใช้ประมาณครึ่งหนึ่ง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นปานกลาง	3
ใช้บ่อยครั้ง	ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นค่อนข้างบ่อย	4
ใช้เกือบตลอดเวลา	ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นบ่อยหรือทุกครั้ง	5

โดยการคิดคะแนนการเผชิญกับปัญหาจากการติดเชื่อเฮดส์นั้น จะทำการคิดคะแนนรวมในแต่ละด้าน โดยคะแนนที่เป็นไปได้ในด้านการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับปัญหา จะมีค่าระหว่าง 15 - 75 คะแนน ส่วนคะแนนรวมที่เป็นไปได้ในด้านการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ จะมีค่าระหว่าง 25 - 125 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่สูงขึ้นในแต่ละด้าน จะแสดงถึงการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดในรายด้านนั้นๆ สูงขึ้น

6. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนา มาจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่สร้างขึ้นโดยเบค (Scale for Suicide Ideation of Beck) โดยมีการแปลและปรับข้อคำถามให้เหมาะสมในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0 - 2 โดยแต่ละข้อคำตอบจะขึ้นอยู่กับลักษณะคำถามในข้อนั้นๆ คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนวัดของแบบทดสอบ คะแนนรวมที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 0 - 38 คะแนน ค่าคะแนนที่สูงขึ้นจะแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจากการผ่านตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.89 (Beck, Steer And Ranieri, 1988)

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

โดยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงหรือปรับปรุงให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ชำนาญทางด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของเนื้อหาในข้อคำถามการวิจัย (เรณู พงษ์เรืองพันธุ์, 2540) โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็นแบ่งเป็นระดับ 4 ดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

- |                 |  |
|-----------------|--|
| คะแนน 1 หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม      |
| คะแนน 2 หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย     |
| คะแนน 3 หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม |
| คะแนน 4 หมายถึง | คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก      |

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีการปรับปรุงแบบวัดทั้งด้านการปรับภาษาให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย ความเหมาะสมกับเนื้อหาและกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามากขึ้น และได้มีการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index ; CVI) ซึ่งถือเกณฑ์ตามที่คุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้ (Hambleton, 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รางกูร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่คุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.84 ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีความตรงในระดับสูง

### การหาความเที่ยง (Reliability)

การวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน (Nieswiadomy, 1998) ที่เข้ามารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูรในช่วงวันที่ 20 – 23 กรกฎาคม 2547 ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลเพื่อทดลองใช้เครื่องมือครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา และลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความคงที่ภายในของเครื่องมือทุกชุด รวมทั้งหมด 5 ชุดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ซึ่งเมื่อพิจารณาค่า Correct Item – Total Correlation และค่า Alpha if Item Delete ในแบบสอบถามทุกชุดที่นำไปทดลองใช้ พบผลดังนี้

3.1 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ในข้อที่ 2, 3, 6, 7, 10, 11 และ 12 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3

3.2 แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ในข้อที่ 1, 4, 8, 21, 27 และ 30 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3

3.3 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าคะแนนที่เหมาะสม

3.4 แบบสอบถามวิธีเผชิญกับปัญหา พบว่าในส่วนของ การเผชิญปัญหา โดยใช้วิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหาข้อที่ 4 และข้อที่ 14 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3 และในส่วนของ การเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ พบว่าในข้อที่ 17, 23, 24, 25, 34, 36, 37 และข้อที่ 38 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3

3.5 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย ในข้อที่ 2, 3, 5, 9, 10, 11, และ ข้อ 17 มีค่า Correct Item – Total Correlation ต่ำกว่า 0.3

เมื่อพิจารณาค่า Alpha if Item Delete แล้ว พบว่าถ้าตัดข้อคำถามดังที่กล่าวมาข้างบนทั้งหมดออกแล้วจะทำให้มีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากการตัดข้อคำถามออกไปนั้นจะมีผลทำให้ข้อคำถามไม่ครอบคลุมเนื้อหาที่จะวัดได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จึงทำการปรับปรุงข้อคำถาม โดยปรับภาษาให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะในแบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปข้อที่ 8 ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านลบนั้น มีค่า Correct Item – Total Correlation เท่ากับ  $-0.02$  จึงได้ปรับเปลี่ยนเป็นข้อคำถามด้านบวก

และในแบบสอบถามความคิดเห็นมาตัวตายข้อที่ 11 มีค่า Correct Item – Total Correlation เท่ากับ .20 ซึ่งในช่วงที่นำเครื่องมือไปทดลองใช้นั้นพบว่า ตัวเลือกตอบไม่ครอบคลุมกับคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถาม จึงได้ทำการเพิ่มตัวเลือกตอบอีก 1 ข้อ เพื่อให้เนื้อหาครอบคลุมและ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถเลือกตอบได้มากขึ้น แล้วนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงต่อไป

เมื่อนำแบบสอบถามทั้งหมดไปเก็บข้อมูลจริง พบว่าข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่า Correct Item – Total Correlation เพิ่มขึ้น และมีค่าความเที่ยงสูงขึ้น ซึ่งค่าความเที่ยงที่เพิ่มขึ้นนี้มีความมากกว่า 0.7 แสดงว่าแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีค่าความเที่ยงสูง (ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุข, 2544) ดังแสดงในตารางที่ 2 ต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อนำไปทดลองใช้และเมื่อนำไปเก็บข้อมูลจริง

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ข้อมูลทดลองใช้ (30 คน)	ข้อมูลเก็บจริง (230 คน)
1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	.78	.88
2. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป	.94	.95
3. แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว	.91	.95
4. แบบสอบถามวิธีเผชิญกับปัญหา		
- วิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา (ข้อ 1 – 15)	.83	.91
- วิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ (ข้อ 16 – 40)	.81	.83
5. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย	.71	.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ชั้นเบเรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล 2 ท่าน โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูล มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์และประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลวิจัย สามารถให้การช่วยเหลือ

ประคับประคองจิตใจเบื้องต้นได้ และสามารถประเมินกลุ่มตัวอย่างเพื่อส่งต่อไปรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือได้

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล

3. อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัย แล้วทำความเข้าใจร่วมกันอีกครั้งก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยผู้วิจัยมาติดตามผลการเก็บข้อมูลเป็นระยะๆ ด้วยตนเอง เพื่อติดตามผลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

#### ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยจึงทำการติดต่อประสานงานกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้อยู่ในโรงพยาบาล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวตนต่อผู้วิจัยและการให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยมีการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ชี้แจงรายละเอียดเครื่องมือ การเก็บข้อมูล และมีการทดลองใช้ร่วมกันเพื่อความสมบูรณ์ถูกต้อง

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูล โดยมีการประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้น จากนั้นจึงทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ นอกจากนี้จะมีการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมีการลงลายมือชื่อเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเน้นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 3 - 20 สิงหาคม 2547 ในช่วงระยะเวลาสถานที่ รวมทั้งวิธีการเข้าเก็บข้อมูลดังที่กล่าวไปข้างต้น

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในภาพรวมเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับกลับคืน หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินสภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับประเมินข้อมูลที่ปรากฏในแบบสอบถาม และให้การปรับแก้ประคองจิตใจในกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอย่างเหมาะสม ซึ่งถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความทุกข์ทรมานจิตใจ หรือมีความคิดฆ่าตัวตายสูง จะทำการประสานงานการดูแลกับเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยงาน หรือมีการส่งต่อไปรับคำปรึกษา และให้การดูแลช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป

6. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลโดยผู้วิจัยอีกครั้ง หลังจากนั้นทำการแปรผลค่าคะแนนในแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา จัดเตรียมข้อมูลค่าคะแนนต่าง ๆ และวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวนทั้งหมด 230 คน

#### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เริ่มจากประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยรวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จากแฟ้มประวัติที่เป็นรหัส เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ก่อนจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยและพยาบาลผู้ช่วยวิจัยที่ได้คัดเลือกไว้ เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อขอความกรุณาในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ว่ายินยอมเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการแล้วจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยที่จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น มีการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นการนำเสนอในภาพรวมและไม่มีการระบุชื่อ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอลาออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาแต่อย่างใด และในระหว่างเก็บข้อมูลแล้วพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงควรมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว



## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS for window ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และระยะอาการของโรค นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การศึกษาระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การเผชิญกับปัญหา และความคิดฆ่าตัวตาย นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติทดสอบค่า  $t$  ( $t$ -test) และ สถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะอาการของโรค กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance ; ANOVA) และสถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเปรียบเทียบค่า  $r$  โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

เมื่อ $r$ มีค่า .80 ขึ้นไป	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์สูงหรือสูงมาก
เมื่อ $r$ มีค่า .60 - .79	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง
เมื่อ $r$ มีค่า .40 - .59	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
เมื่อ $r$ มีค่า .20 - .39	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ
เมื่อ $r$ มีค่า .19 ลงมา	แสดงว่าระดับความสัมพันธ์ต่ำ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะเวลาการของโรค และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา และความคิดฆ่าตัวตาย

ตอนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิตและประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตาย

ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะเวลาการของโรค กับความคิดฆ่าตัวตาย

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตาย

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ มีการใช้สัญลักษณ์ ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
Range	หมายถึง	ค่าพิสัย
P	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ
D.F.	หมายถึง	ค่าองศาเสรี
SS	หมายถึง	ค่าผลบวกกำลังสอง
MS	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยกำลังสอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว

จากการเก็บข้อมูลโดยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 230 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดของข้อมูลต่างๆ ในรูปของตารางแจกแจงความถี่และร้อยละ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา (n = 230)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
<b>เพศ</b>				
ชาย	146	63.5		
หญิง	84	36.5		
<b>อายุ</b>				
20 - 30 ปี	58	25.2	35.36	6.62
31 - 40 ปี	123	53.5		
41 - 50 ปี	42	18.3		
51 - 60 ปี	7	3.0		
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่เรียน	4	1.7		
ประถมศึกษา	58	25.2		
มัธยมศึกษา	86	37.4		
ปวช. / ปวส.	52	22.6		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	30	13.0		

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 63.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.36 ปี (S.D. = 6.62) และจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 37.4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามสถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด (n = 230)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ	Range	$\bar{X}$	S.D.
สถานภาพสมรส					
โสด	73	31.7			
อยู่ร่วมกันกับแฟน (ไม่ได้แต่งงาน)	45	19.6			
หม้าย	29	12.6			
หย่าร้าง	12	5.2			
สมรส, แต่งงานอยู่ด้วยกัน	63	27.4			
สมรส, แต่งงานแต่แยกกันอยู่	8	3.5			
ภาวะเศรษฐกิจ					
มีหนี้สิน	54	23.5			
ไม่พอใช้	50	21.7			
พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	105	45.7			
พอใช้และมีเหลือเก็บ	21	9.1			
ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด (เดือน)*			1 - 240	55.77	46.42
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์					
รักร่วมเพศ	46	20.0			
รักร่วมสองเพศ	12	5.2			
รักต่างเพศ	172	74.8			

\* Median = 48, Mode = 60

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสดร้อยละ 31.7 รองลงมาคือ สมรสหรือแต่งงานและอยู่ด้วยกัน เป็นจำนวนร้อยละ 27.4 โดยมีภาวะเศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่ระดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 45.7

นอกจากนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดอยู่ระหว่าง 1 เดือน ถึง 240 เดือน คิดเป็นระยะเวลาที่ทราบผลการ

ตรวจเลือดโดยเฉลี่ย คือ 55.77 เดือน (S.D. = 46.42) และมีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์แบบ  
รักต่างเพศมากที่สุด ถึงร้อยละ 74.8

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามการใช้สารเสพติด  
การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะอาการของโรค และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกใน  
ครอบครัว (n = 230)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด		
ใช่	21	9.1
ไม่ใช่	209	90.9
การมีโรคหรืออาการทางจิต		
มี	31	13.5
ไม่มี	199	86.5
ระยะอาการของโรค		
ระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ	97	42.2
ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์	63	27.4
ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์	70	30.4
ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว		
มี	17	7.4
ไม่มี	213	92.6

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ ไม่ใช่  
สารเสพติด (ร้อยละ 90.9) ไม่มีโรคหรืออาการทางจิต (ร้อยละ 86.5) สำหรับระยะอาการของ  
โรคนั้นพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยอยู่ในระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ  
ถึงร้อยละ 42.2 รองลงมาคือระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ และระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์  
คิดเป็นร้อยละ 30.4 และ 27.4 ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง  
ของสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 92.6)

ตอนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม トラบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา และความคิดฆ่าตัวตาย

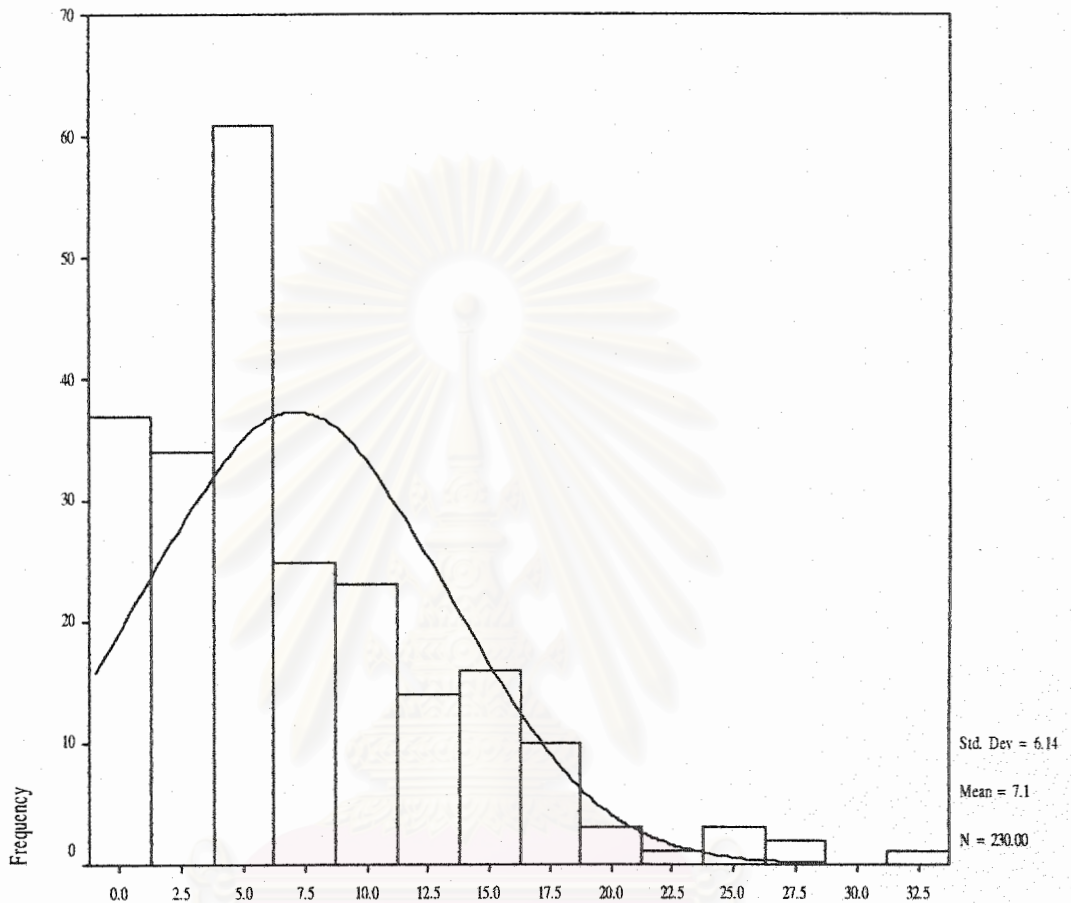
จากการเก็บข้อมูลในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 230 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดของข้อมูลต่างๆ ในรูปของตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลความหมายของระดับคะแนนเฉลี่ยเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ตามคุณสมบัติของตัวแปร ดังนี้

ตารางที่ 6 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม トラบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา และการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (n = 230)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	Range	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การสนับสนุนทางสังคม	1 - 3	1.20 - 2.95	2.13	.37	ปานกลาง
トラบาปจากสังคม	1 - 4	1.08 - 3.88	2.72	.57	สูง
สัมพันธภาพในครอบครัว	1 - 5	1.00 - 5.00	3.86	.99	ดี
การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา	15 - 75	22 - 75	51.46	12.05	-
การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์	25 - 125	31 - 108	64.89	13.66	-

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = .37) มีคะแนนการรับรู้トラบาปจากสังคมในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.72$ , S.D. = .57) และมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = .99) สำหรับการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 15 - 75 คะแนน โดยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบค่าคะแนนอยู่ในช่วง 22 - 75 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.46 (S.D. = 12.05) เมื่อพิจารณาในด้านการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 25 - 125 คะแนน โดยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบค่าคะแนนอยู่ในช่วง 31 - 108 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.89 (S.D. = 13.66)

ภาพที่ 3 ความถี่ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์



จากภาพที่ 3 แสดงให้เห็นว่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.11 ซึ่งเมื่อแปรผลตามช่วงค่าคะแนนโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ดังนี้คือ

ช่วงคะแนนระหว่าง 0-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

ช่วงคะแนนระหว่าง 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนนระหว่าง 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.9 และพบน้อยที่สุดคือมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง โดยคิดเป็นร้อยละ 18.6 โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ได้แสดงไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าที่เป็นไปได้ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความคิด  
ฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (n = 230)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	Range	$\bar{X}$	S.D.
ความคิดฆ่าตัวตาย	0 - 38	0 - 32	7.11	6.14

จากตารางที่ 7 ความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้เท่ากับ 0 - 38  
คะแนน โดยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 -  
32 คะแนน คิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.11 (S.D. = 6.14)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิตและประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวกับความคิดฆ่าตัวตาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านเพศ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิตและประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยการใช้สถิติทดสอบหาค่า  $t$  (t-test) และสถิติ Eta โดยนำเสนอในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ และสถิติทดสอบหาค่า  $t$  ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามเพศ ( $n = 230$ )

ตัวแปร	เพศ				t	(Eta) <sup>2</sup>
	ชาย (n=146)		หญิง (n=84)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความคิดฆ่าตัวตาย	6.45	6.32	8.27	5.66	-2.19*	.14

\* $p < .05$

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในเพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชาย แสดงว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 เพศ คือ ชายและหญิงแล้ว เพศจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 14

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามการใช้สารเสพติด (n = 230)

ตัวแปร	การใช้สารเสพติด				t	(Eta) <sup>2</sup>
	ใช้ (n=21)		ไม่ใช้ (n=209)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความคิดฆ่าตัวตาย	6.76	5.32	7.15	6.23	.274	.02

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่าคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ที่ใช้สารเสพติดและไม่ใช้สารเสพติดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการใช้สารเสพติดไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ใช้และไม่ใช้สารเสพติดแล้ว การใช้สารเสพติดจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามการมีโรคหรืออาการทางจิต (n = 230)

ตัวแปร	การมีโรคหรืออาการทางจิต				t	(Eta) <sup>2</sup>
	มี (n=31)		ไม่มี (n=199)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความคิดฆ่าตัวตาย	8.45	6.63	6.90	6.05	1.31	.09

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ที่มีโรคหรืออาการทางจิตและผู้ที่ไม่ได้มีโรคหรืออาการทางจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการมีโรคหรืออาการทางจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับการมีโรคหรืออาการทางจิต ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ มีและไม่มีโรคหรืออาการทางจิตแล้ว การมีโรคหรืออาการทางจิตจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้องร้อยละ 9

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์ และสถิติทดสอบค่า t ของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามการมีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว (n = 230)

ตัวแปร	ประวัติการทำร้ายตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว				t	(Eta) <sup>2</sup>
	มี (n=17)		ไม่มี (n=213)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความคิดฆ่าตัวตาย	10.76	7.40	6.82	5.95	2.58*	.17

\*p < .05

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่าคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวและไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการมีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย โดยในกลุ่มที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีและไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวแล้ว ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 17

**ตอนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะอาการของโรค กับความคิดฆ่าตัวตาย**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะอาการของโรคกับความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้สถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance ; ANOVA) และสถิติ Eta โดยนำเสนอในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน (n = 230)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	(Eta) <sup>2</sup>
ระหว่างกลุ่ม	4	116.48	29.12	.77	
ภายในกลุ่ม	225	8512.58	37.83		
รวม	229	8629.06			.12

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลระดับการศึกษา ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เรียน, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, ปวช./ปวส. และปริญญาตรี / สูงกว่าแล้ว ระดับการศึกษาจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน (n = 230)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	(Eta) <sup>2</sup>
ระหว่างกลุ่ม	5	173.97	34.80	.92	
ภายในกลุ่ม	224	8455.09	37.75		
รวม	229	8629.06			.14

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรส ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ประเภท คือ โสด, อยู่ร่วมกันกับแฟน (ไม่ได้แต่งงาน), หม้าย, หย่าร้าง, สมรส (แต่งงาน) อยู่ด้วยกัน และสมรส (แต่งงาน) แต่แยกกันอยู่แล้ว สถานภาพสมรสจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 14

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน (n = 230)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	(Eta) <sup>2</sup>
ระหว่างกลุ่ม	3	532.47	177.49	4.95*	
ภายในกลุ่ม	226	8096.59	35.82		
รวม	229	8629.06			.25

\*p < .05

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 4.95) แสดงว่าภาวะเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ โดยแบ่งเป็น 4 แบบ คือ มีหนี้สิน, ไม่พอใช้, พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ และพอใช้มีเหลือเก็บแล้ว ภาวะเศรษฐกิจสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้องร้อยละ 25 จึงได้นำมาวิเคราะห์ Post-hoc Comparison เพื่อดูค่าเฉลี่ยของคู่ที่ต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีขนาดไม่เท่ากัน จึงใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงในตารางที่ 15

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามภาวะเศรษฐกิจ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n = 230)

ภาวะเศรษฐกิจ	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย		ภาวะเศรษฐกิจ			
	$\bar{X}$	S.D.	1	2	3	4
1. มีหนี้สิน	8.50	6.51				
2. ไม่พอใช้	9	7.39				
3. พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ	5.96	5.29		*		
4. พอใช้และมีเหลือเก็บ	4.81	3.61				

\*p < .05

จากตารางที่ 15 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายคู่ แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บกับกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับไม่พอใช้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับไม่พอใช้จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 9$ ) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ( $\bar{X} = 5.96$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน (n = 230)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	(Eta) <sup>2</sup>
ระหว่างกลุ่ม	2	585.20	292.60	8.26*	
ภายในกลุ่ม	227	8043.86	335.44		
รวม	229	8629.06			.26

\*p < .05

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F = 8.26) แสดงว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ รักร่วมเพศ, รักร่วมสองเพศ และรักต่างเพศแล้ว พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 26 ของความผันแปรด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ จึงได้นำมาวิเคราะห์ Post-hoc Comparison เพื่อดูค่าเฉลี่ยของคู่ที่ต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีขนาดไม่เท่ากัน จึงใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงในตารางที่ 17

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n = 230)

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย		พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์		
	$\bar{X}$	S.D.	1	2	3
1. รักร่วมเพศ	10.13	6.75			
2. รักร่วมสองเพศ	4.17	4.73	*		
3. มีรักต่างเพศ	6.51	5.79	*		

\*p < .05

จากตารางที่ 17 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายคู่ แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มรักร่วมเพศกับกลุ่มรักร่วมสองเพศ และกลุ่มรักร่วมเพศกับกลุ่มรักต่างเพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 10.13$ ) สูงกว่ากลุ่มรักร่วมสองเพศ ( $\bar{X} = 4.17$ ) และกลุ่มรักต่างเพศ ( $\bar{X} = 6.51$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคแตกต่างกัน (n = 230)

แหล่งความแปรปรวน	D.F.	SS	MS	F	(Eta) <sup>2</sup>
ระหว่างกลุ่ม	2	335.94	167.97	4.59*	
ภายในกลุ่ม	227	8293.12	36.53		
รวม	229	8629.06			.20

\*p < .05

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่าความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F = 4.59$ ) แสดงว่าระยะอาการของโรคมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย และถ้าทราบข้อมูลเกี่ยวกับระยะอาการของโรค โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว ระยะอาการของโรคจะสามารถพยากรณ์ความผันแปรของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 20 จึงได้นำมาวิเคราะห์ Post-hoc Comparison เพื่อดูค่าเฉลี่ยของคู่ที่ต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีขนาดไม่เท่ากัน จึงใช้วิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงในตารางที่ 19

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ รายคู่ตามระยะอาการของโรค โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ( $n = 230$ )

ระยะอาการของโรค	คะแนนความคิด ฆ่าตัวตาย		ระยะอาการของโรค		
	$\bar{X}$	S.D.	1	2	3
1. ระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ	5.71	5.58			
2. ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์	7.90	5.89			
3. ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์	8.34	6.77	*		

\* $p < .05$

จากตารางที่ 19 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายคู่ แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ กับกลุ่มที่มีกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคในระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 8.34$ ) สูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ ( $\bar{X} = 5.71$ )

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตาย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยนำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และระดับของการมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ในรูปแบบของตารางดังนี้

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว และการเผชิญปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (n = 230)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับ ความสัมพันธ์
1. อายุ	-.08	-
2. ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด	.06	-
3. การสนับสนุนทางสังคม	-.18*	ต่ำ
4. ตราบาปจากสังคม	.27*	ค่อนข้างต่ำ
5. สัมพันธภาพภายในครอบครัว	-.30*	ค่อนข้างต่ำ
6. การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา	-.16*	ต่ำ
7. การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์	.21*	ค่อนข้างต่ำ

\*p < .05

จากตารางที่ 20 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุ และระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การสนับสนุนทางสังคม (r = -

.18) และการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา ( $r = -.16$ ) ส่วนสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำ กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.30$ )

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำ กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ตราบาปจากสังคม ( $r = .27$ ) และการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ ( $r = .21$ )



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตายและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

#### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะเวลาของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดไม่มีอาการ มีอาการ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับบริการบำบัดรักษาแบบต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทางด้านโรคเอดส์ จังหวัดนนทบุรี มีคุณสมบัติ คือ อายุ 18 - 60 ปี สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ได้ตอบรู้อเรื่อง มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษและแผนกผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 3 - 20 สิงหาคม 2547 คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบคนเว้นคนและการสุ่มแบบบังเอิญก่อนทำการเก็บข้อมูล จนครบ 220 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติม 10 คน รวมเป็น 230 คน เพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิดพลาด

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งหมด 5 ส่วนคือ

1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ระยะเวลาของโรค และประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม นำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ รัตนกุล โภธิ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ด้านอารมณ์และสังคม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88

3. แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป ประเมินโดยแบบวัดการรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการตีตราบาปจากสังคมของ อรุณ แก้วเกตุ (2545) ที่ดัดแปลงมาจากข้อคำถามการรับรู้ที่เป็นตราบาป ของ Berger, Ferrans และ Leshley การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยมีการหาค่าความสอดคล้องภายใน ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

4. แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว วัดจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของ วัจนา สกุลดี (2542) ซึ่งนำมาจากแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สร้างขึ้นโดย อุมพร รักษาทิพย์ ซึ่งเครื่องมือชุดนี้ได้มีการนำไปตรวจสอบหาความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95

5. แบบสอบถามวิธีการเผชิญกับปัญหา สามารถวัดได้จากแบบวัดการเผชิญกับปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวีของ Uthis (1999) โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหาและมุ่งจัดการที่อารมณ์ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่าด้านการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา และมุ่งจัดการที่อารมณ์ มีค่าความสอดคล้องภายใน เท่ากับ 0.91 และ 0.83 ตามลำดับ

6. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับปรุงและพัฒนามาจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดมาบวกกันเป็นคะแนนวัดของแบบทดสอบ ค่าคะแนนที่สูงขึ้นจะแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือพบว่าค่า  $CVI = 0.84$  และค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

#### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล



3. ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คนโดยมีการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 3 – 20

สิงหาคม 2547

5. จัดเตรียมข้อมูลและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS for window โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และระยะอาการของโรค นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. การศึกษาระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การเผชิญกับปัญหา และความคิดฆ่าตัวตาย นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การใช้สารเสพติด การมีโรคหรืออาการทางจิต ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติทดสอบค่า t (t-test) และสถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และระยะอาการของโรค กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติทดสอบวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance ; ANOVA) และสถิติ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีผลการวิจัยที่สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 32 คะแนน จากคะแนนที่เป็นไปได้ทั้งหมด 0 - 38 คะแนน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.11 (S.D. = 6.14) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 57.5)

2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 8.27$ ) สูงกว่าเพศชาย ( $\bar{X} = 6.45$ ) ซึ่งเพศจะสามารถพยากรณ์การเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 14

3. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว และไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว มีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 10.76$ ) สูงกว่าผู้ที่ไม่ใช่ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว ( $\bar{X} = 6.82$ ) ซึ่งประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัว จะสามารถพยากรณ์การเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 17

4. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บกับกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับไม่พอใช้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับไม่พอใช้จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 9$ ) สูงกว่ากลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจระดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ( $\bar{X} = 5.96$ ) ซึ่งภาวะเศรษฐกิจจะสามารถพยากรณ์การเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 25

5. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศกับกลุ่มรักร่วมสองเพศ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศกับกลุ่มรักร่างต่างเพศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มรักร่วมเพศ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 10.13$ ) สูงกว่ากลุ่มรักร่วมสองเพศ ( $\bar{X} = 4.17$ ) และกลุ่มรักร่างต่างเพศ ( $\bar{X} = 6.51$ ) ซึ่งพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จะสามารถพยากรณ์การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้องร้อยละ 26

6. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีระยะ

อาการของโรคในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ กับกลุ่มที่มีกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคในระยะติดเชื้อ โดยที่ไม่มีอาการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในกลุ่มที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 8.34$ ) สูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะ ติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ ( $\bar{X} = 5.71$ ) ซึ่งระยะอาการของโรคจะสามารถพยากรณ์ การเกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 20

7. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว การเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา และการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.18, .27, -.30, -.16$  และ  $.21$  ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยดังนี้คือ ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ภาวะเศรษฐกิจ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ระยะอาการของโรค การสนับสนุนทางสังคม ตราบาปจากสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การเผชิญกับปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด ประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือด การใช้สารเสพติด และการมีโรคหรืออาการทางจิต พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย

## อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์พบความคิดฆ่าตัวตาย ในอัตราเฉลี่ย 7.11 (S.D. = 6.14) จากคะแนนความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมดระหว่าง 0 - 38 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนที่มากขึ้นจะแสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ พบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่าง 0 - 32 คะแนน นั่นคือไม่พบความคิดฆ่าตัวตายเลย จนถึงระดับที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูง โดยในการศึกษานี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความคิดฆ่าตัวตายในทุกๆระดับ ทั้งในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในทุกระยะของความเจ็บป่วย แต่ในการศึกษานี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ มีความคิด

ฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำเป็นจำนวนมาก (ร้อยละ 57.5) แต่พบความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูงในจำนวนที่น้อย (ร้อยละ 18.6) เพราะเนื่องจากในปัจจุบันทัศนคติต่อโรคเอดส์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น สังคมบางส่วนให้การยอมรับมากขึ้น มีหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ให้ความดูแลช่วยเหลือมากขึ้น มีการรณรงค์เพื่อสร้างทัศนคติของสังคมที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะในปัจจุบันที่วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้เจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้มีการค้นพบยาที่มีประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อเอชไอวี

อีกทั้งประเทศไทยเป็นผู้ค้นพบ และพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ที่สามารถรับประทานได้ง่าย นอกจากนี้ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ทั้งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ขยายผลครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่และทุกกลุ่มเป้าหมายไม่ว่าจะเป็นผู้ใหญ่ เด็ก และมารดาหลังคลอด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อยา และสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมายในหลายพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้มารับยาในโครงการนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (นภาสาร, 2547) ทำให้สถานการณ์โรคเอดส์ได้เปลี่ยนแปลงอย่างมาก จนในที่สุดโรคเอดส์ก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่สามารถช่วยเหลือระดับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้หลายปีถ้าสามารถรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนมากเกิดความสนใจและมุ่งไปที่การปรับตัวที่จะมีชีวิตยืนยาว (อรุณี หลายพล, ร้อยเอกหญิง 2541) และแสวงหาหนทางรักษาตัว ถึงแม้จะทราบดีว่าในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ก็มีคามหวังว่าจะสามารถยืดเวลาให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงต่อไปได้ (วาสนา อิมเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542)

ด้วยเหตุนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงมีความตั้งใจในการแสวงหาหนทางในการรักษาโรคของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสูง และมุ่งความสนใจมาดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย จึงทำให้เกิดความหวังมากขึ้น จึงอาจเป็นเหตุผลให้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5)

2. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศชายซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีเพศแตกต่างกัน คือ เพศชายและเพศหญิงจะมีความคิดฆ่าตัวตาย

แตกต่างกัน เนื่องจากเพศหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเข้มแข็งอดทน และปฏิบัติการดูแลคุณภาพชีวิตได้ดีกว่า จึงนำไปสู่การมีชีวิตที่ยืนนานกว่าบุรุษที่ติดเชื้อเอชไอวี (ปานจันทร์ จ่างแก้ว, 2545)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล (2543) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายจากพื้นที่จังหวัดในภาคเหนือจำนวน 5 จังหวัด จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,184 ราย พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มในการเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าในเพศชาย และจากการศึกษาของ Meel (2003) ได้ทำการศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 1996 – 2000 โดยรวบรวมข้อมูลจากสถิติของ ผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบอัตราการฆ่าตัวตายได้สำเร็จนั้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเพศชายอายุ 20 – 30 ปี ส่วนในผู้หญิงกลับพบว่ามีเพียงความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 : 1 (สมพร บุชราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541)

เนื่องจากเพศหญิงมักจะมีการแสวงหาข้อมูล แหล่งสนับสนุนต่างๆ มีความสนใจดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองมากกว่า และเมื่อเกิดปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงจนกระทั่งตกอยู่ในภาวะวิกฤติของชีวิต เพศหญิงจะมีอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย เนื่องจากมีประสาทสัมผัสที่ไวต่อความเจ็บปวดมากกว่าเพศชาย ทำให้มีความวิตกกังวลสูง เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ง่ายกว่า จึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่าเพศชาย แต่มักไม่เกิดเป็นพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายตามมาเนื่องจากกลัวและไม่กล้าที่จะลงมือกระทำ

ส่วนในเพศชายนั้นพบว่า มักไม่ค่อยแสวงหาความช่วยเหลือ ไม่ระบายนปัญหาให้ผู้อื่นฟัง และมักใช้วิธีการกระทำที่รุนแรงและรวดเร็วมากกว่าเพศหญิง (ธาดา เจริญกุล, 2545 Cote, 1992) เมื่อมีปัญหากดดันเพศชายมักหาทางออกโดยการไม่ปรึกษาใครและปรับตัวในทางลบ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเนื่องจากเพศชายมักไม่ระบายนปัญหาให้ผู้อื่นฟัง ทำให้ไม่ได้รับความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติ ส่งผลให้เพศชายเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกกนิระ และ อัมพรศรี ธนไพศาล, 2544) ดังนั้นจึงพบว่าผู้หญิงจะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 3 : 1 (สมพร บุชราทิจ และ พนม เกตุมาน, 2541) ส่วนเพศชายเป็นเพศที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงโดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ (Cote, 1992)

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากกร

ทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าผู้มีอายุในช่วง 20 - 44 ปี และ 55 - 64 ปี จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงอายุอื่นๆ เนื่องจากผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 44 ปีนั้น ถือว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างมาก และเป็นวัยที่อยู่ในช่วงปรับตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ถือว่าเป็น "วัยวิกฤติ" ของชีวิต ที่ล้วนแต่ก่อให้เกิดความเครียดในการปรับตัวทั้งสิ้น ส่วนในวัยผู้ใหญ่ นั้นถือว่าเป็นวัยที่ต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสังคม มีการตั้งหลักฐานและมีการประกอบอาชีพ จึงทำให้เกิดความกดดันได้ง่าย ซึ่งถ้ามีอุปสรรคในการปรับตัวก็จะทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง และเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (สุชา จันทน์เอม, 2536) แต่ลักษณะครอบครัวไทยในปัจจุบันนั้นเป็นแบบครอบครัวขยาย มีการให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวอย่างมาก ทำให้ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นถึงแม้จะเป็นช่วงวัยวิกฤติของชีวิต แต่ยังคงได้รับการเอาใจใส่ อบรม และเลี้ยงดูจากบิดามารดาในครอบครัวของตนเอง และผู้ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ก็ยังคงได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวเช่นกัน จึงทำให้ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยนี้เกิดความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลงได้

ส่วนวัยสูงอายุ นั้นจัดเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และต้องพบกับการสูญเสียต่างๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงรู้สึกว่าคุณค่า (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545 ; ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และคณะ, 2541) ส่งผลให้เกิดความพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่ลักษณะครอบครัวและสังคมไทยส่วนใหญ่นั้น มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี ดังนั้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องพบกับความสูญเสียต่างๆ แต่สมาชิกในครอบครัวและสังคมก็ยังให้ความช่วยเหลือ ดูแล และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเช่นกัน ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยนี้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง จากความช่วยเหลือและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมดังกล่าว จึงทำให้ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุเกิดความคิดฆ่าตัวตายน้อยลงได้เช่นกัน

ดังเช่นที่พบในรายงานการศึกษาที่พบว่า มีการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์สูงในช่วงอายุประมาณ 25 - 54 ปี (Marzuk, 1997) และ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2540) ได้ทำการศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชากรเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2539 จำนวน 826 คน พบช่วงอายุสูงสุดของประชากรที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายคือ ช่วงอายุ 31 - 40 ปี แสดงให้เห็นว่าอายุในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

#### 4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความคิด

ฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีแนวโน้มในการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545 ; ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ยันตติลล (2541) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูลต่างๆ ได้มาก ส่งผลให้เกิดความคาดหวังที่สูงในการรักษา และเมื่อไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้หรือมีความคาดหวังว่าจะมีอาการที่จะดีขึ้น ก็ทำให้เกิดความผิดหวังและเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้เช่นเดียวกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมีตำแหน่งหน้าที่การงาน ความรับผิดชอบทางสังคมสูง ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายรวมทั้งเมื่อมีอาการของโรคที่ปรากฏทางร่างกาย และรับรู้ว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ดังนั้นบุคคลในกลุ่มนี้จึงเกิดความเครียดได้สูงมาก เพราะต้องการรักษาภาพลักษณ์ของตนเองในสังคม ต้องการปกปิดสภาพการเจ็บป่วย เกิดข้อจำกัดในการได้รับการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง และทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ที่มีระดับการศึกษาสูง มักจะมีหน้าที่การงานหรือความรับผิดชอบในสังคมสูงตามมาด้วย เมื่อประสบปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จึงพยายามที่จะปกปิดผลการตรวจเลือดของตนเองอย่างเข้มงวด ไม่เปิดเผยให้ใครทราบ แม้แต่กับบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัว ถ้าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจจำเป็นต้องหยุดทำงาน หรือลาพักก่อน เพื่อเดินทางมารับการรักษา โดยปกปิดเหตุผลเรื่องการเข้ารับการรักษาคิดเชื่อไว้ และส่วนมากมักเดินทางมาจากต่างจังหวัด ถึงแม้ว่าจะสามารถไปรับการรักษาได้จากโรงพยาบาลใกล้บ้านได้ แสดงให้เห็นว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระดับการศึกษาที่สูง ก็ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยได้มากเช่นเดียวกับผู้ที่มีการศึกษาต่ำที่อาจมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูลหรือทักษะการแก้ปัญหาต่างๆ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความหลากหลายของระดับการศึกษา สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ไม่แตกต่างกัน

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน คือ โสด อยู่รวมกันกับแฟน(ไม่ได้แต่งงาน) หม้าย หย่าร้าง สมรสอยู่ด้วยกัน และสมรสแต่แยกกันอยู่ จะมีความคิดฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยยังคงมีลักษณะเป็นครอบครัวใหญ่สมาชิกในครอบครัวจึงมีความผูกพันกัน ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่จึงไม่ได้อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว แม้ว่าจะมีสถานภาพการสมรสที่ต่างกันออกไป แต่ส่วนใหญ่ก็ยังคงได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจ ความเข้าใจ ความรักจากคนในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกจากครอบครัวเดิมที่มีความผูกพันกันทางสายเลือด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าร้างหรือแต่งงานแต่แยกกันอยู่ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อาศัยอยู่ลำพังแต่เพียงคนเดียว แต่ยังมีผู้ที่ให้การดูแลช่วยเหลือได้

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรทัย ไสมนรินทร์, เผอิญ ธนอมพงษ์ชาติ และ ศศิมา กุสุมา ณ. อยุธยา (2542) ที่ศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 300 ราย พบว่าบิดาและมารดาเป็นผู้ที่มีความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และ Uthis (1999) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 145 คน พบว่าผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.9) คือบิดาและมารดา

สำหรับผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่มีคู่ครองอยู่ด้วย ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่กับแฟน(ไม่ได้แต่งงาน) หรือแต่งงานและอยู่ด้วยกัน ถึงแม้ว่าลักษณะการใช้ชีวิตจะอาศัยอยู่กับคู่ครองของตน กลับอาจทำให้เกิดความขัดแย้งได้ง่าย เนื่องจากการอาศัยอยู่รวมกันกับผู้อื่น การสร้างครอบครัวหรือการแต่งงาน ทำให้ต้องมีการปรับตัว มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะการดำเนินชีวิตของตนเพื่อรักษาความสมดุลในการใช้ชีวิตคู่กับคู่ครองของตน บางครั้งอาจทำให้เกิดการการขัดแย้งได้ง่าย ดังที่พบในรายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายของ ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อับษรศรี ธนไพศาล และ สุพรรณิ กภินะ (2541) ได้ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายพระชนนคราะห์ จำนวน 485 คน พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาจากการขัดแย้งกับคู่สมรส



6. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเศรษฐกิจกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าค่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะเศรษฐกิจแตกต่างกัน คือ มีหนี้สิน ไม่พอใช้ พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บและพอใช้และมีเหลือเก็บจะมีความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้มีภาวะเศรษฐกิจในแต่ละกลุ่มมาเปรียบเทียบกันทีละคู่ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะเศรษฐกิจจะดับพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจจะดับไม่พอใช้ ดังนั้นภาวะเศรษฐกิจที่ต่างกันจึงมีผลต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีกว่าจะมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ในสังคมได้มากขึ้น การมีรายได้ไม่เพียงพอจึงเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลท้อถอย และเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มาก ผู้ที่มีฐานะไม่พอกิน-พอใช้ ต้องกั๊กมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่พอกินพอใช้แต่มีที่พึ่งพาได้ ผู้ที่มีพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ และผู้ที่มีเหลือเก็บ และพบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำมีความคิดอยากฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (ธนู ชาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และ วนิดา พุ่มไพศาลชัย, 2542 ; ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541)

นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง โดยเฉพาะผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและมีฐานะยากจน ผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับรายจ่ายที่สูงขึ้น ประกอบกับครอบครัวยังขาดรายได้ในส่วนที่ผู้ป่วยหามาได้ เป็นเหตุให้รายได้ที่เคยได้รับน้อยลงแต่รายจ่ายกลับเพิ่มขึ้น (จิตรา เจริญภัทรภัสช, 2537) จึงพบว่าความต้องการทางด้านเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลสุขภาพ โดยสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความต้องการการดูแลได้ถึงร้อยละ 23 (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริชัย ดาริกานนท์ (2541) ทำการศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสถานภาพทางการเงินที่ไม่พอใช้จ่ายจะทำให้คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่แย่ลง และยังพบว่าผู้ติดเชื้อที่มีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำเหล่านี้ มีโอกาสที่จะเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายได้สูง

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจเลือดแตกต่างกัน จะเกิดความคิด

ฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน เนื่องจากระยะเวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนถึงมีอาการของโรคเอดส์และเสียชีวิตจะอยู่ในช่วงประมาณ 10 ปี แต่การที่จะสามารถมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อให้ยาวนานนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองและการมีพฤติกรรมต่างๆ ตามการรับรู้เหตุการณ์และการรับรู้ต่อตนเอง โดยปรากฏการณ์การรับรู้สุขภาพของตนเองสามารถแสดงออกเป็นระยะๆ ตั้งแต่ในช่วงแรกของการเจ็บป่วย ดังเช่นที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่ได้รับเชื้อมาเป็นระยะเวลาไม่นานหลายปี แต่กลับไม่ได้รับผลกระทบที่รุนแรงจากการติดเชื้อ ไม่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า เนื่องจากอยู่ในระยะการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และมีระดับ CD 4 สูง จึงสามารถปฏิบัติตนได้เหมือนคนปกติทั่วไป บุคคลเหล่านี้จะเกิดการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการของโรค เกิดความหวัง และไม่คิดทำร้ายตนเอง

อีกทั้งในปัจจุบันผู้ที่มารับการตรวจเลือด จะได้รับการให้คำปรึกษาก่อนทราบผลการตรวจเลือด เพื่อเป็นการเตรียมสภาพร่างกายและจิตใจ จึงเป็นที่ยอมรับว่าการตรวจหาการติดเชื้อ HIV ต้องมีการให้บริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด (สุพร เกิดสว่าง, 2542) ซึ่งจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของปฏิกิริยาหลังจากทราบผลการตรวจเลือดได้ในระดับหนึ่ง ในบางส่วพบว่ามีเมื่อทราบผลการตรวจเลือดแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลับมีการเอาใจใส่ดูแลตนเองมากขึ้น เพราะถือว่าเป็นสถานการณ์ท้าทายที่ต้องผ่านพ้นไปได้ หรือในรายที่รับรู้พฤติกรรมตนเองในอดีตมาก่อน กลับมีท่าทีเฉยๆ ไม่ตกใจ ทำใจได้ และแม้ว่าปฏิกิริยาที่พบได้บ่อยของผู้ที่รับทราบผลการตรวจเลือดในช่วงแรกจะรู้สึกวิตกกังวลกังวล เครียดอย่างรุนแรง แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ยังไม่มีอาการของโรคปรากฏ บุคคลรอบข้างยังไม่มีใครทราบหรือไม่สงสัย ทำให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ง่าย (เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2541) เช่นเดียวกับในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.2 อยู่ในระยะติดเชื้อที่ยังไม่ปรากฏอาการเช่นกัน

นอกจากช่วงเวลาระยะแรกที่ทราบผลการตรวจเลือดซึ่งเป็นภาวะวิกฤติด้านจิตใจแล้ว ระยะอื่นๆ ของการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ก็สามารถส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เช่นกัน (วาสนา อิมเม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้มีการเรียนรู้ และปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการรับรู้สุขภาพ ทำให้เกิดการดูแลตนเองและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองไปในทางที่ดีขึ้น จนสามารถดูแลตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยาวนาน (จามจุรี แซ่หลู่, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ พัชรียา ไชยลังกา, 2545)

อย่างไรก็ตามในระยะหลังได้มีการพัฒนาทางด้านการค้นคว้ายา และการรักษาอาการที่เกิดจากโรคชวยโอกาสทั้งหลาย จนในที่สุดโรคเอดส์ก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่สามารถช่วยเหลือประคับประคองให้มีชีวิตอยู่ได้หลายปี จึงทำให้เกิดความสนใจและมุ่งไปที่การปรับตัวที่

จะมีชีวิตยืนยาว (อรุณี หลายพล, ร้อยเอกหญิง 2541) จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่แสวงหาหนทางรักษาตัว ถึงแม้จะทราบดีว่าไม่มีการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ แต่ก็ยังมีความหวังว่าจะสามารถยืดเวลาให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงต่อไปได้ (วาสนา อิมเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ, 2542) จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่รับทราบผลการตรวจเลือด ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ไม่แตกต่างกัน

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ กับ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน คือ แบบรักร่วมเพศ รักร่วมสองเพศและรักต่างเพศจะมีความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของ พฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมดมาเปรียบเทียบกันทีละคู่ พบว่าในกลุ่มรักร่วมเพศมีคะแนน ค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 10.13$ ) สูงกว่ากลุ่มรักร่วมสองเพศ ( $\bar{X} = 4.17$ ) และกลุ่ม รักต่างเพศ ( $\bar{X} = 6.51$ ) ดังนั้นพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ต่างกันจึงมีผลต่อการเกิดความคิด ฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน

เนื่องจากพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่เบี่ยงเบนแตกต่างออกไปนั้น ถือเป็น ปัญหาทางสังคม เพราะเป็นต้นเหตุที่ทำให้แผนการดำเนินชีวิตที่พึงปรารถนาและที่คาดหมายไว้ ต้องชะงักงัน (มานพ คณะโต, 2541) ก่อให้เกิดความรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้รักร่วมเพศแบบ ต่างๆ ปิดบังตัวเองต้องจับกลุ่มรวมกัน อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรีและไร้คุณค่า วางตัวไม่ถูก เกิด เอกลักษณะทางเพศที่ไม่ชัดเจน ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ การปรับตัวและพัฒนาการทางสังคม อย่างมาก (กุหลาบ รัตนจักรธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทธนี สุวรรณศรี, 2541 ; มานพ คณะโต, 2541)

โดยเฉพาะสังคมส่วนใหญ่ในประเทศไทย ยังมองกลุ่มรักร่วมเพศไปในทางลบ ไม่ยอมรับ ตั้งข้อรังเกียจ เพราะเชื่อว่าเป็นคนที่ไม่น่าคบ มีอารมณ์รุนแรง เมื่อเกิดความผิดหวังอาจ มีความคับแค้นถึงกับต้องตัดสินใจด้วยชีวิต สร้างความทุกข์ให้กับพ่อแม่ ถูกคนรอบข้างล้อเลียน ถูกเพ่งเล็ง ไม่ได้ได้รับความเป็นธรรม และถูกกดดันให้เปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มผู้รักร่วมเพศมี อารมณ์รุนแรงจากความเครียดมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป เกิดความคับข้องใจ มองคุณค่า ตนเองต่ำ รู้สึกไร้ค่าและเกิดเป็นความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มชายรัก ร่วมเพศจำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบรักร่วมเพศ

จะมีอารมณ์รุนแรง มีความเครียด และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 40, 37 และ 21 ตามลำดับ (สุพร เกิดสว่าง, 2546)

ผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้นี้สอดคล้องกับการศึกษา ของ Komiti and others (2001) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศหรือรักร่วมสองเพศ จะมีความตึงเครียดในชีวิตมากกว่าจึงทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงกว่าผู้ที่รักต่างเพศ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kalichman and others (2000) และ Rajs and Fugelstad (2003) ที่ทำการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ แล้วพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากผลกระทบของสังคม แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปจากแบบรักต่างเพศ จะส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน

#### 9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับความคิด

ฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้และไม่ใช้สารเสพติด ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผลของสารเสพติดสามารถส่งผลต่อร่างกายได้มากที่สุด ในขณะที่มีสารนั้นอยู่ในร่างกายในระดับที่สูง ซึ่งจะมีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ ทำให้เกิดความหุนหันพลันแล่น มีอารมณ์รุนแรง ส่งผลต่อการตัดสินใจ (Corsini and Auerbach, 1998) และทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น แต่ถ้ามีระดับของสารที่อยู่ร่างกายอยู่เพียงเล็กน้อยหรือขาดความสม่ำเสมอในการใช้ จะทำให้สารที่อยู่ร่างกายมีผลต่อสมองในระดับต่ำและไม่เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

ดังเช่นจากผลการวิจัยของ วารีนี ไอบาสันนท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์ (2542) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโทเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดพะเยาปี 2540 พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่นั้นมีปัญหาจากการติดสุรา คิดเป็นร้อยละ 67.1 โดยมีการดื่มสุราเป็นประจำในระยะ 1 เดือนก่อนเสียชีวิต และจากผลการศึกษาของ komiti and others (2001) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตายนั้น คือ การใช้สารเสพติดอย่างหนัก แสดงให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายนั้นมักเกิดในผู้ที่ดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายแล้ว การใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ก็สามารถส่งผลกระทบต่อสมองส่วนที่ควบคุมอารมณ์ การตัดสินใจ และทำ

ให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้สูงมากเช่นกัน (Renaud and others, 1999) ดังเช่นผลการศึกษาของ Pugh and O'Donnell (1993) ที่ทำการศึกษากฎพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ารับการรักษานในศูนย์บริการทางสุขภาพของลอนดอน ซึ่งพบว่าเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีประวัติการใช้ยาบ้า

แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้สารเสพติด เป็นเพียงการใช้สารเสพติดประเภทสุราและบุหรี่เท่านั้น โดยมีจำนวน 21 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.1 เป็นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ 16 คน และเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 5 คน จากการได้สนทนากับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติดพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์นั้นมักจะดื่มแอลกอฮอล์เมื่อต้องออกสังคมเป็นส่วนใหญ่ หรือนานๆ ครั้ง ขาดความสม่ำเสมอและแสดงถึงความไม่ต่อเนื่องของการได้รับสารเสพติด ทำให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มนี้เป็นเพียงผู้ใช้สารเสพติดเท่านั้น ยังไม่เกิดการเสพติดขึ้น ทำให้สารเสพติดมีผลต่อสมองส่วนควบคุมอารมณ์ในระดับต่ำ และไม่มีผลกระทบต่อพยาธิสภาพของสมองและการตัดสินใจ จึงไม่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

#### 10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคหรืออาการทางจิตกับ

ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ กับการมีโรคหรืออาการทางจิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรังจึงจะสามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคลิกภาพและการตัดสินใจได้ หรืออยู่ในสภาพทางจิตใจที่สับสน ไม่สนใจต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้แคบลง จนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารอย่างมาก โดยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุดในผู้พยายามทำอัตวินิบาตกรรม คือ โรคประสาทซึมเศร้ารุนแรง และบุคลิกภาพผิดปกติ (วาริณี โอภาสนันท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์, 2542) ซึ่งตามปกติแล้วผู้ป่วยที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรังดังกล่าว ส่วนใหญ่มักจะอยู่ในการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์ และเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลเฉพาะทาง เพื่อให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องจึงจะดำเนินชีวิตในสังคมได้

ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จากผลการศึกษาพบว่าเป็นผู้มีประวัติมีโรคหรืออาการทางจิตเพียงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เข้ารับการรักษาสถานบริการหรือโรงพยาบาลทางด้านจิตเวชแล้ว ส่วนใหญ่จึงอยู่ในระหว่างการรับประทานยา และอยู่ในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก ซึ่งจากการสอบถามพูดคุย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้อยู่ในระหว่างการรับประทานยา

ของแพทย์ที่ตนเองมารับการรักษาเรื่องการติดเชื้ออยู่ แต่เป็นยาทางจิตเวช เนื่องจากหมอบอกว่าเป็นยาลดความเครียดและช่วยให้หลับสบาย โดยอาการทางจิตที่เกิดขึ้นเป็นเพียงความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่สามารถพบได้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและได้รับการรักษาอาการทางจิตตั้งแต่วัยแรกที่อยู่ในการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ จึงยังไม่เกิดอาการรุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช แต่มีอาการของโรคทางกายแทรกซ้อนรุนแรงและถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อ ทำให้ได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์และได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์กลุ่มนี้มีอาการทางจิตที่สงบ หรือมีอาการเล็กน้อย สามารถควบคุมได้ มีการดูแลตนเองและปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีอาการทางจิตส่วนใหญ่ มักได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตั้งแต่วัยเริ่มแรก ทั้งจากการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการรับทราบผลการตรวจเลือด ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การวินิจฉัยอาการทางจิตได้อย่างรวดเร็ว และผู้ที่รับทราบผลการตรวจเลือดส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ก็จะได้รับ การดูแลและประเมินสภาพจิตใจด้วย เนื่องจากเป็นอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีโรคหรืออาการทางจิตกับกลุ่มที่ไม่มีโรคหรืออาการทางจิตเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ไม่แตกต่างกัน

11. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะอาการของโรค กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มที่มีระยะอาการของโรคแตกต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีระยะอาการของโรคแตกต่างกัน คือ ระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และระยะป่วยเป็นโรคเอดส์จะมีความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของระยะอาการของโรคทั้งหมดมาเปรียบเทียบกันในแต่ละคู่ พบว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ จะมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ( $\bar{X} = 8.34$ ) สูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ ( $\bar{X} = 5.71$ ) ดังนั้นระยะอาการของโรคที่ต่างกันจึงมีผลต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน

โดยความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จะสัมพันธ์กับระยะต่างๆ ของการติดเชื้อ เนื่องจากผลกระทบทางด้านต่างๆ จากระยะอาการของโรคเอดส์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะและเกิดความเจ็บปวดทรมานได้ไม่เท่ากัน ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีปฏิกิริยาแตกต่างกันไปตามระยะอาการของโรค (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช โสภางารย์ และ ปรียศ กิตติระศักดิ์, 2546) โดยในระยะที่มีอาการของโรคเอดส์ ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงต่างๆ ได้แก่ ต่อม้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย ไม่สุขสบายเรื้อรัง อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อยรับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง มีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลง ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ซักกระดูก และมีอาการทางสมอง (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ; Komiti and others, 2001)

จากอาการทางกายของผู้ป่วยดังที่กล่าวมานั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วยได้มาก มีความทุกข์ทรมาน และเกิดการสูญเสียสภาพลักษณะ ไม่สามารถปิดบังสถานภาพการติดเชื้อของตนต่อไปได้ และเมื่อมีอาการกำเริบมากขึ้น ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาวะหมดหนทางรักษา เกิดเป็นความสิ้นหวัง และทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงมากในระยะนี้ ซึ่งจากการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับระยะต่างๆ ของการติดเชื้อ โดยกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และกลุ่มที่เป็นอาการของเอดส์เต็มขั้น จะมีระดับความคิดฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มที่ติดเชื้อแต่ยังไม่แสดงอาการ (Kalichman and others, 2000 ; Twiname, 2003)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Komiti and others (2001) โดยการรวบรวมรายงานการวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากฐานข้อมูล Medicus / MEDLINE ซึ่งพบว่าความคิดฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับระยะอาการของโรค โดยผู้ที่อยู่ในระยะป่วยโรคเอดส์นั้นจะเกิดข้อบกพร่องในการปรับตัว เกิดความสิ้นหวัง ส่งผลให้มีระดับความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่อยู่ในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ดังนั้นระยะอาการของโรคจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย

12. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย ( $r = -.18$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการเอาใจใส่เมื่อ

ประสบปัญหา เป็นสิ่งที่จะช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ การขาดแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือทางสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกตัดขาดจากสังคม ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำรงชีวิตความเป็นอยู่ เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาได้ เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมเป็นอย่างมาก แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายแยกตัว และเลิกล้มความปรารถนาที่จะเข้ามารับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้เกิดข้อจำกัดในการได้รับความเกื้อหนุนจากสังคม (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ; Klee, 1995)

นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการดูแลของภาครัฐ และเอกชนนั้นยังเป็นการบริการแบบตั้งรับ ไม่ต่อเนื่องครบวงจรและขาดการเชื่อมโยง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนีย์ วิเศษฤทธิ, 2544) อาจทำให้การเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือทางสังคมเป็นไปได้น้อยยิ่งขึ้น ส่งผลให้ความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลงอย่างมาก เนื่องจากพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วย (มารยาท วงษาบุตร, 2539)

การสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นทำให้บุคคลรับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่แตกต่างกัน จึงทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำ จะทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น ดังที่พบในการศึกษาของ Kalichman and others (2000) ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 113 ราย ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการด้านโรคเอดส์ ในปี ค.ศ. 1998 - 1999 พบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน และครอบครัวในระดับต่ำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Gil and others (1998) ที่ได้ทำการศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 91 ราย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านลบกับความคิดฆ่าตัวตาย คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ

13. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทราบาปจากสังคมกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าทราบาปจากสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย ( $r = .27$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่รับรู้ทราบาปจากสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายได้มากขึ้นเช่นเดียวกัน เนื่องจากคนในสังคมยังมีความเชื่อและค่านิยม



ในลักษณะที่เป็น "ภัยคุกคาม (Violations)" หรือยังไม่ให้การยอมรับต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพราะสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีมักเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางเพศ หรือพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย และเป็นพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้สังคมรังเกียจ กีดกันเนื่องจากความกลัว ทำให้เกิดการปฏิเสธ การเพิกเฉย และการไม่ยอมรับจากคนในสังคม (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546) นำไปสู่การถูกรังเกียจกีดกัน การแบ่งแยก ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (อ้างถึงใน จริยวัตร คมพัยค์ม์ และ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2543) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ถูกปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อนฝูงตีตัวออกห่าง และยังคงพบการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น การพยายามหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เป็นต้น

การได้รับความรังเกียจเนื่องจากตราบาปทางสังคมนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อสิ้นหวัง โดดเดี่ยว หมดคุณค่า โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการของโรคเอดส์รุนแรงมากขึ้น หรือมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะทำให้ได้รับตราบาปในสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เพ็ญศรี วงษ์พุดม, อ้างถึงใน ทองกร ยัณรังษี และคณะ, 2546) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากตราบาปทางสังคม จึงมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นทางออกของชีวิต (Heckman and others, 2003) และทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมาได้สูง (Mancoske, 1996)

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Heckman and others (2003) ที่ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์ของสหรัฐอเมริกา พบว่าความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มสูงขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การรับรู้ถึงตราบาปที่ได้รับจากโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญ จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับตราบาปจากสังคมมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น

14. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับค่อนข้างต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย ( $r = -.30$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะทำให้สมาชิกในครอบครัว มีความเอาใจใส่ดูแลและเอื้ออาทรกัน เคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน ให้กำลังใจกันและกัน มีเวลาอยู่ด้วยกันอย่างมีคุณค่าและคุณภาพและได้รับความใกล้ชิดทางสัมผัส (กุหลาบ รัตนสังฆธรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทธนี สุวรรณศรี, 2541)

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีและเหมาะสม คือ ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้อย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านวัตถุ จิตใจ และจิตวิญญาณสมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิต โดยชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะดำเนินไปอย่างมีความสุขหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างพอเหมาะ และมีความผูกพันกัน

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าสัมพันธภาพในครอบครัว ถือเป็นตัวบ่งชี้สุขภาพจิต ครอบครัวได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เพราะครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือเป็นสถาบันที่มีผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่างๆ ของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สมาชิกทุกคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ให้การสนับสนุนทางจิตใจให้กำลังใจเพื่อต่อสู้กับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตไม่สิ้นหวัง (จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ, 2541) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีแรงสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว จะดำรงชีวิตได้ปกติสุขมากกว่าพวกเขาเผชิญปัญหาเพียงลำพังที่มีแนวโน้มไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา จนทำให้ถึงกับฆ่าตัวตาย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ, อ้างถึงใน เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2541)

ผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรรวรรณ หนูแก้ว (2541) ซึ่งได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งรวมทั้งความคิด และการพยายามฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 257 ราย พบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้นได้แก่การที่สมาชิกในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกัน รวมทั้งผลการศึกษา ของ ศุภรัตน์ เอกอัศวิน (2545) ที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีสาเหตุกระตุ้นมาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นผู้ที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวที่ต่ำจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงขึ้น

15. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญกับปัญหา กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย ( $r = -.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในทางตรงข้ามการเผชิญกับปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับความคิดฆ่าตัวตาย ( $r = .21$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีการเผชิญกับปัญหาแตกต่างกันจะทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้แตกต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่

ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหาในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยลง ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เพิ่มมากขึ้น

เนื่องจากการเผชิญความเครียด (coping) คือ วิธีการที่บุคคลแสดงออกทางความคิดและการกระทำ เพื่อใช้ในการบรรเทา ความคุม ป้องกันหรือขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีทักษะการเผชิญกับปัญหาไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพแบบต่างๆ ทำให้เกิดความเสียหายต่อการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่สำเร็จ เมื่อเกิดความตึงเครียดที่เรื้อรังและรุนแรง จะทำให้หาทางออกโดยคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ก็เช่นกัน พบว่าเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงเนื่องจากใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่ไม่เหมาะสมหรือขาดประสิทธิภาพ (Heckman and others, 2003 ; Kalichman and others, 2000)

Lazarus and Folkman (อ้างถึงใน ปองลดา พรหมจันทร์, 2542) ได้กล่าวว่า วิธีการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหานั้นเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิด และการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยการมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับสิ่งแวดล้อมโดยตรง สามารถแบ่งได้เป็น การเผชิญหน้ากับปัญหาและการวางแผนแก้ปัญหา ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดได้ที่สาเหตุ เมื่อสาเหตุของความเครียดถูกขจัดออกไป บุคคลจะปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ดังนั้นผู้ที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น จะทำให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะต่อสู้กับปัญหา เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวัง และมีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายลดลงได้

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ แบ่งออกเป็นการประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหา การเกื้อหนุนทางสังคม การถอยห่างและการหลีกเลี่ยงจากปัญหา ซึ่งผู้ที่มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพราะผู้ที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาล้วนใหญ่ด้วยวิธีการมุ่งปรับอารมณ์นั้น จะเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีในระยะสั้นแต่ไม่ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากสาเหตุของปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดยังคงอยู่ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างรุนแรงและเรื้อรัง เกิดความกดดัน หดหนทางช่วยเหลือ สิ้นหวัง และมีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูง

ดังที่พบในรายงานการวิจัยของ Kalichman and others (2000) ที่ได้ศึกษาความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 113 ราย ที่มารับบริการในองค์กรที่ให้บริการด้านโรคเอดส์ ในช่วงปี ค.ศ. 1998 - 1999 พบว่ากลุ่มที่มีการใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงปัญหา จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณิ เกทินะ และ อัมพรศรี ธนไพศาล (2544) ที่ได้ทำการศึกษาลักษณะปัญหาและการปรับตัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่จังหวัดเชียงราย ในช่วงปี 2542 พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการเผชิญกับปัญหาในทางลบ เช่น การหลีกเลี่ยงจากปัญหา เป็นต้น

และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Rosengard and Folkman (1997) ที่ทำการศึกษาคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดสูงมากต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย คือ การใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาด้วยการหลีกเลี่ยงจากปัญหา ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่ปัญหาในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายได้น้อยลง ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้วยวิธีการมุ่งจัดการที่อารมณ์ในระดับที่สูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้เพิ่มมากขึ้น

16. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายโดยรวมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ที่มีและไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน จะมีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกัน เนื่องจากการฆ่าตัวตายนั้นเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น ซึ่งสามารถส่งผลถึงพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายในปัจจุบันของผู้ที่ได้รับการเลียนแบบ เนื่องจากการเลียนแบบเกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมอย่างหนึ่ง

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theories) ได้กล่าวไว้เพิ่มเติมว่าการฆ่าตัวตายเป็นการเรียนรู้โดยตรงที่เกิดจากการสังเกตและการปฏิบัติตามผู้อื่น บุคคลแต่ละคนจะเรียนรู้ความแตกต่างด้านทัศนคติ ความประพฤติ และพฤติกรรมต่างๆ เมื่อตอนที่บุคคลเติบโตขึ้น โดยจะเรียนรู้จากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความสำคัญและใกล้ชิดมากที่สุด (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2533) การมีประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลอื่นหรือสมาชิกใน

ครอบครัวจึงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นผู้ที่มีประวัติของการฆ่าตัวตายในครอบครัว จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้ และเลียนแบบวิธีการในการหาทางออกของปัญหา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายตามมาได้สูง (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว, 2541 ; Roy, 2003)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 257 ราย พบว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายคือ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในครอบครัวเช่นกัน สอดคล้องกับ ศิริลักษณ์ ศุภปีติพร (2545) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเครียดทางจิตสังคมในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ในช่วงปี พ.ศ. 2543 – 2544 จำนวน 120 ราย พบว่าปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายนั้นคือการมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว นอกจากนี้ Roy (2003) ได้ศึกษาถึงลักษณะของผู้ป่วยเอชไอวีที่พยายามฆ่าตัวตาย จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 149 ราย พบว่ากลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมีประวัติของการฆ่าตัวตายในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย ดังนั้นจึงแสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีประวัติการทำร้ายตนเองของสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน จะมีความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะทางการพยาบาลในด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติทางพยาบาล ผลการศึกษพบว่าคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ อยู่ในช่วงระหว่าง 0 – 32 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.11 และถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.5) แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มีหนทางรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาอันเกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงสามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายขึ้นได้เสมอ เช่นเดียวกับที่พบจากผลการวิจัยว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางส่วน เกิดความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และในระดับสูง ถึงร้อยละ 23.9 และ 18.6 ตามลำดับ ซึ่งการเกิดความคิดฆ่าตัวตายนี้นั้นถือว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงอย่างมาก เพราะสามารถนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายแบบอื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้นบุคลากรทางการ

พยาบาลและทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจด้วย เพื่อเป็นการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้อยู่ในระดับที่ดี ไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบอื่นๆ ตามมา

โดยผลการวิจัยในครั้งนี้ได้นำเสนอถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้เช่นกัน นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ และให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยจัดกิจกรรมที่ลดปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ เช่น การผสมผสานรูปแบบของการให้บริการให้คำปรึกษาลงในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ระบายความคับข้องใจ การให้กำลังใจอย่างเหมาะสม แนะนำวิธีการจัดการความเครียดหรือวิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความหวัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เช่น กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์เปิดเผยตนเองกับครอบครัว ควรแนะนำให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น โดยการอธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดการยอมรับไม่รังเกียจผู้ป่วย และนำไปสู่ความเห็นใจ การให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาของผู้ป่วย อันจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์สบายใจ รู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง และลดการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้

2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมได้สูง การป้องกันหรือควบคุมการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้ถ้าขาดนโยบายรองรับ ดังนั้นจึงควรมีการจัดแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยนำผลการวิจัยที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความคิดฆ่าตัวตายมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำแนวทางการดูแลดังกล่าว ให้นำลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ภายในสถานบริการนั้นๆ เพื่อให้การป้องกันและช่วยเหลือเป็นรูปธรรมมากขึ้น หรือมีการจัดตั้งหน่วยงานให้บริการทางสุขภาพจิตแบบฉุกเฉินภายในสถานบริการ เช่น การจัดตั้งศูนย์ HOTLINE หรือการจัดทำรหัสฉุกเฉินในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น และควรมีนโยบายขององค์กรในการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในการให้คำปรึกษา เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้รับทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เนื่องจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ดังนั้นเมื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้ว จึงควรนำผลการวิจัยมาพัฒนาในการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลองเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น อันจะส่งผลให้มีการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายต่อไป เช่น มีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ การจัดโปรแกรมการเสริมทักษะการเผชิญปัญหา เป็นต้น ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมควรมีการจัดให้เหมาะสมโดยมีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ร่วมด้วย เช่น เพศ ระยะเวลาการของโรค เป็นต้น เพราะผลที่ปรากฏในการวิจัยครั้งนี้พบว่าเพศ ระยะเวลาการของโรคมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการทางสาธารณสุข หรืออาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างเพียงพอ ขาดข้อมูลและการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ทำให้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สูงเช่นกัน

4. ด้านการศึกษาทางการแพทย์ ควรมีการบรรจุแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ลงในการเรียนการสอนทางการแพทย์เช่นกัน โดยเฉพาะการเน้นการดูแลแบบองค์รวม และผลกระทบจากการเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลกลุ่มนี้ เช่นเดียวกับที่พบในผลการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความตระหนักในการให้การดูแลแบบองค์รวมกับพยาบาลที่จะเป็นผู้ปฏิบัติงานต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. คู่มือจิตวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เมติคัล มีเดีย, 2540.
- กรมสุขภาพจิต ก. คู่มือการฝึกอบรม การให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เล่มที่ 1 : สถานการณ์ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- กรมสุขภาพจิต ข. คู่มือการฝึกอบรม การให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เล่มที่ 2 : ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาที่เกี่ยวข้องต่อการให้การปรึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.
- กรมสุขภาพจิต ค. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543 – 2544. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
- กุลลาบ รัตนสังกรรม, วิไล สถิตเสถียร และ พัทนี สุวรรณศรี. สัมพันธภาพในครอบครัวกับ ปัญหาเสพยาเสพติดและพฤติกรรมทางเพศของนักศึกษาในระดับอาชีวศึกษาในภาค ตะวันออก. สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2541.
- กองป้องกันสารเสพติด. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามสารเสพติด. ป้องกัน สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2537.
- กองระบาดวิทยา ก. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. พิมพ์ ครั้งที่ 3. นนทบุรี : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงาน ปลัดกระทรวง-สาธารณสุข, 2543.
- กองระบาดวิทยา ข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2543. กองระบาดวิทยา สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- ขวัญใจ เอมใจ. ความเข้าใจผิดบางประการเรื่องรักร่วมเพศ [Online]. Available from : [http://www.elib-online.com/doctors/mental\\_bisexual02.html](http://www.elib-online.com/doctors/mental_bisexual02.html). [22 January 2547].
- จริยาวัตร คมพัยค์ม และคณะ. การรับรู้ ความต้องการและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว. สำนักงานนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวง มหาวิทยาลัย, 2541.
- จริยาวัตร คมพัยค์ม และ ลดาวัลย์ ชุ่มประเสริฐพงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้าน



- บทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา  
สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2543.
- จันทร์ภา ปัทมินทร และ เอมอร อินโชนานนท์. การสื่อสารในครอบครัว. วารสารสถาบันสุขภาพจิต.  
2 (2537) : 9 – 18.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : โครงการผลิตตำราและเอกสารการสอน  
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2543.
- จรรยา จันทร์ผ่อง. บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์. 17 (มกราคม – มีนาคม 2542) : 22 – 31.
- จามจุรี แซ่หลู่, อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ และ พัชรียา ไชยลังกา. การรับรู้สุขภาพและการดูแล  
ตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี. วารสารการ  
พยาบาล. 17 (กรกฎาคม – กันยายน 2545) : 63 – 79.
- จำลอง ดิษยณิข และ พร็ิมเพรา ดิษยณิข. ความเครียดและสรีรวิทยาของความเครียด. วารสาร  
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 47 (ม.ป.ป.) : S3 – S26.
- จิตรา เจริญภัทรภัสส์, การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะ  
กรณีครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบำราศนราดูร. กรุงเทพมหานคร,  
2537.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และคณะ. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก การพยาบาลจิตเวช. (ม.ป.ท.),  
(เอกสารอัดสำเนา)
- ชัยพร ทิพย์สุวรรณ, ลัดดาวลัย พิบูลย์ศรี และ สุนทร ศรีโกสโย. การช่วยเหลือด้านจิตใจในผู้  
มีความคิดฆ่าตัวตายแบบมีโครงสร้าง. วารสารสวนปรุง. 17 (พฤษภาคม – สิงหาคม  
2544) : 27 – 42.
- ชะไมพร ธรรมวาสี และ นียดา ภู่อุณสาสน์. การสำรวจภาวะสุขภาพจิต และความต้องการทาง  
สุขภาพจิตของคนไทยในชุมชนห้วยจรดักตึกแดง บางซื่อ. วารสารพยาบาล. 4 (มกราคม  
– มีนาคม 2545) : 40 – 60.
- ดรณี เลิศปรีชา. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ดวงพร พันธุเสน และคณะ (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สุภา : 2539.
- ทรงเกียรติ ปิยะกะ. เวชศาสตร์โรคติดเชื้อ คู่มือสำหรับบุคลากรทางการแพทย์. สงขลา : ลิมบรา-  
เดอร์การพิมพ์, 2543.

ทวี ตั้งเสรี และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.

ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2546.

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน. "อยู่อย่างไรให้มีความสุขกับผู้ป่วยจิตเวช". บรรยายในโครงการตะวันใหม่. ณ

ห้องประชุมตึกแสงสิงห์แก้ว สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 23 กรกฎาคม 2546.

ธนู ขาติธนานนท์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และ วริดา พุ่มไพศาลชัย. ภาวะเครียด กลไกการ  
จัดการกับภาวะเครียด และความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะเศรษฐกิจ. วารสาร  
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 7 (ตุลาคม 2541 – มกราคม 2542) : 29 – 36.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก  
กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 42  
(2540) : 77 – 87.

ธาดา เจริญกุล. การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545)

ธำรง สมบุญตนนท์ และคณะ. การฆ่าตัวตาย : เปรียบเทียบปัจจัยและคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับ  
การฆ่าตัวตายในช่วงก่อนและระหว่างเศรษฐกิจ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8  
(ตุลาคม 2542 – มกราคม 2543) : 1 – 7.

นิตยา ปัญจมีดี. การพยาบาลผู้ป่วยสิ้นหวัง. วารสารการพยาบาล. 48 (ตุลาคม – ธันวาคม  
2542) : 195 – 200.

นันทิกา ทวีชาชาติ. "ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์." บรรยายในการศึกษา ณ  
อาคาร ภ.ป.ร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2 กรกฎาคม 2545.

นภาสาร. โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. 4  
(เมษายน – มิถุนายน 2547) : 1 – 3.

นัยนา อินธิโชติ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุน  
ด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า แขนงผู้ป่วย  
นอก โรงพยาบาลธัญญารักษ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. การตอบสนองและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความ  
สูงของการติดเชื้อเอดส์สูง. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวง  
มหาวิทยาลัย, 2541.

บังอร ผลเนื่องมา และคณะ. การรับรู้ การเห็นด้วยและการยอมรับมาตรการในแผนงานคุ้มครอง

สิทธิของประชาชน ที่เกี่ยวกับลูกจ้างที่เป็นเอดส์ ของกลุ่มนายจ้างและกลุ่มลูกจ้างใน  
สถานประกอบการเขต กทม. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวง  
มหาวิทยาลัย, 2541.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. ระเบียบวิจัยทางการแพทย์ระบาดศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสิณี วิเศษฤทธิ์. สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อ  
พัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนภายในบริบท  
สังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544.

ประยูกร์ เสรีเสถียร และคณะ. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการใน  
โรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43  
(มกราคม - เมษายน 2541) : 14 - 21.

ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล. ความคิดฆ่าตัวตายนักเรียนมัธยมภาคเหนือ. วารสารสุขภาพจิตแห่ง  
ประเทศไทย. 8 (ตุลาคม 2542 - มกราคม 2543) : 8 - 16.

ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตายการสอบสวนสาเหตุและการ  
ป้องกัน. กรุงเทพมหานคร : พลัสเพรส, 2541.

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อัมพรศรี ธนไพศาล และ สุพรรณิ เกกนิชะ. รายงานผู้ป่วย  
พยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประจําวิเคราะห์. วารสาร  
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 (มกราคม - มีนาคม 2541) : 2 - 11.

ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544.  
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต, 2544.

ปริศนา ทวีทอง. ภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ 2542 ใน  
สาธารณสุขเขต 12. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 12 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,  
2542.

ปองลดดา พรหมจันทร์. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นวันโรคปอด. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.

ปานจันทร์ จ่างแก้ว. การเข้าถึงสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทน และคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อ  
เอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
, 2545.

พรรชัย เรือนสิทธิ์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

พวงเพ็ญ ชุนหปราน, สุวีพร ธนศิลป์ และ สัจจา ทาโต. ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกรุงเทพมหานคร. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2541.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :

สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540.

พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์. การฆ่าตัวตายสำเร็จ : ผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 10 (กันยายน 2545) : 171 – 178.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ (บรรณาธิการ). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอ็ดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. นครปฐม : โรงพิมพ์รุ่งแสง, 2541.

พิไลพันธ์ พุทธิวัฒน์ (บรรณาธิการ). เอชไอวีและจุดชี้พวยโอกาส. กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย, 2541.

พิศิษฐ์ คุณวโรตม์. อัตลักษณ์และกระบวนการต่อสู้เพื่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2545.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช ไสภอาจารย์ และ ปรีศ กิตติระศักดิ์. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์แบบองค์รวม. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์, 2546.

เพ็ญศรี วงษ์พัฒน์. การรับรู้ว่าถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. 118, อ้างถึงใน ทองกรยัดนรังษี และคณะ (บรรณาธิการ). การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546.

ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์เล่มที่ 1. เชียงใหม่ : สถาบันบรรณาธิการพิมพ์, 2533.

มณฑิรา เขียวยิ่ง และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. รายงานการวิจัยเรื่องการรับรู้เรื่องโรคเอดส์และบทบาทสามี/ภรรยาในการดูแลคู่สมรสที่ติดเชื้อเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ม.ป.ป.

มานิดา สิงห์ขลุ่ย และคณะ (2543). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8 (ตุลาคม 2542 – มกราคม 2543) : 17 – 25.

มานิต ศรีสุวรรณนท์ และ จำลอง ดิษยวงนิช (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542.

- มานพ คณะโต. พฤติกรรมทางเพศ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 ( มกราคม - มีนาคม 2541 ) : 68 - 81.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์, 2544.
- มาโนช หล่อตระกูล, สุพรรณณี เกกينة และ อัมพรศรี ธนไพศาล. สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย - หญิง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 46 (มกราคม - มีนาคม 2544) : 37 - 37.
- มารยาท วงษาบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- รจนา วิริยะสมบัติ. ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- รัชนีบูล เศรษฐภูมิรินทร์. การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้าให้ค้นพบพลังในตนเอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14 (มกราคม - มิถุนายน 2544) : 1 - 9.
- รัตนกุล โพิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการบ้านนิจจานุเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2543.
- เรณา พงษ์เรืองพันธุ์. การวิจัยทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2540.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ฉบับ 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. มปท., 2538.
- จรรวรรณ จุฑา และ พนมศรี เสาร์สาร (บรรณาธิการ). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชากรในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ (วันที่ 8 - 12 มีนาคม 2542). กลุ่มงานระบอด วิทยาสุขภาพจิต กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- วาริณี โอภาสนันท์, ปิยพร ผดุงวงศ์ และ พัฒนาการ ผลศุภรักษ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในจังหวัดพะเยา ปี 2540. งานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2542.
- วาริรัตน์ ถาน้อย. บทความวิจัย พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 14 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2544) : 24-37.

- วาสนา อิ่มเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ. การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัว ต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์. สถาบันวิจัยประชาคมและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2542.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- วัจนา สกุลดี. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวตามระยะการดำเนินของโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.
- วัชรีย์ อุจะรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม และ โนรี ใจหาญ. พฤติกรรมกรรมการทำร้ายตนเองของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช. 1 (2541) : 12 – 23.
- วันชัย ขาวรัมย์. ปัจจัยที่เป็นแรงผลักดันให้นักศึกษาในระดับปริญญาตรีฆ่าตัวตาย : ศึกษากรณี นิสิต นักศึกษาในมหาวิทยาลัยเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
- วิทยา นาควัชร. หมอวิทยาช่วยแก้ปัญหาการเลี้ยงดูลูกและวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์, 2537.
- วิรุจน์ คุณกิตติ, อิตติชัย เวียงสิมมา และ เลียงชัย จตุรัส. ฆ่าตัวตาย : ปัญหาจากสภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8 (กันยายน 2543) : 169 – 178.
- วีรพล กุลบุตร. การฆ่าตัวตาย แนวโน้ม / ทฤษฎี การป้องกัน และการแก้ไข. กองบังคับการวิชาการ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ, 2540.
- ศิริรัตน์ คุปติวดี และ สิริเกียรติ ยันตติลล. การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 (มกราคม – มีนาคม 2541) : 39 – 53.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : บุญศิริการพิมพ์, 2544
- ศิริชัย ดาริกานนท์. การสำรวจคุณภาพชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 5 (มิถุนายน – กันยายน 2541).
- ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร. ปัจจัยเครียดทางจิตสังคมในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 46 (พฤศจิกายน 2545) : 883 – 899.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์. สภาวะทางจิตและสังคมของสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์และการ

ให้คำปรึกษา. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย,  
2541.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม”  
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 10 (กันยายน 2545) : 143 – 150.

สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์.  
กรุงเทพมหานคร : วิศิฏสิน, 2536.

สมฤทัย จันทรสุข. อัตมโนทัศน์ของผู้ติดสารเสพติดที่รับการบำบัดด้วยเมธาโดน. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

สมพร บุขราทิจ และ เรียรชัย งามทิพย์วัฒนา. จิตเวชปฏิบัติ 43. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
เรือนแก้วการพิมพ์, 2542.

สมพร บุขราทิจ และ พนม เกตุมาน. เวชปฏิบัติ 42. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
เรือนแก้วการพิมพ์, 2541.

สมพร บุขราทิจ และ สุดสบาย จุลกัทัพพะ. จิตเวชปฏิบัติ 40. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
เรือนแก้วการพิมพ์, 2540.

สมภพ เรืองตระกุล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว,  
2542.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร :  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

สมหมาย เลาหะจินดา และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย. ลักษณะการเลี้ยงดูของพ่อแม่กับความคิด  
ฆ่าตัวตายของเด็กวัยรุ่น. วารสารสวนปรุง. 15 (กันยายน – ธันวาคม 2542) : 14 – 24.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. พยาบาลพร้อมช่วยท่าน : ร่วมด้านลบมลทินเอดส์. ฝ่าย  
วิเทศสัมพันธ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2546. (อัดสำเนา)

สมาน สยามภูรจันันท์ และ เพ็ญศรี จิตรนำทรัพย์. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการใน  
ประเทศไทย. [Online]. Available from : [http://epid.moph.go.th/epi32\\_aids.himl](http://epid.moph.go.th/epi32_aids.himl) [6  
October 2547].

สิริ เขียวชาญวิทย์ (บรรณาธิการ). Color Atlas of HIV Infection. กรุงเทพมหานคร : พีบีฟอเรนส์-  
บุ๊คสเซนเตอร์, 2540.

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไทย. “แนวคิดทางชีว - สรีระวิทยาทางจิตเวชศาสตร์” บรรยาย ณ. อาคาร ภ.ป.ร.  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2 กรกฎาคม 2545.

สุชา จันทรโอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2536.

- สถาบันบำราศนราดูร ก. นักจิตวิทยาให้คำปรึกษา. สัมภาษณ์, 10 มกราคม 2547.
- สุพร เกิดสว่าง. การให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิชย์, 2542
- สุพร เกิดสว่าง. ชายรักชาย. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิชย์, 2546
- สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ. เอดส์ : การวิจัยทางห้องปฏิบัติการ. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539.
- สุวรรณา อนุสติ และคณะ. ผลของกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่อเจตคติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์. วิทยาลัยพยาบาลเซนต์หลุยส์, 2541.
- สุวิทนา อารีพรรค. พฤติกรรมที่เกี่ยวกับเพศของนักเรียนวัยรุ่นใหม่มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพฤติกรรมวัยรุ่น หน่วยที่ 9-15. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2534.
- เสาวนีย์ พัฒนอมร และ อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 8 (กันยายน 2543) : 162 - 168.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักนายกรัฐมนตรี. ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย พ.ศ. 2542 ฉบับพิเศษ. กรุงเทพมหานคร, 2542.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สรุปผลงานประจำปี 2544. นครสวรรค์ : โรงพิมพ์ปากน้ำโพ, 2544.
- อรทัย โสมนรินทร์, เฝื่อน ถนอมพงษ์ชาติ และ ศศิมา กุสุมา ณ. อยุธยา. ความต้องการของญาติผู้ป่วยโรคเอดส์. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2540
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
- อรุณ แก้วเกต. การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการและระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.
- อรุณี หลายพล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพกับการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- อังคณา สรียาภรณ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้



ติดเชื้อไวรัสเอดส์ที่เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา  
สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2541.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.  
กรุงเทพมหานคร : วี. เจ. พรินติ้ง, 2541.

อุทยา นาคเจริญ, พิกุล นันทชัยพันธ์ และ ศรินทร์ลา วิวัฒน์คุณูปการ. การเตรียมตัวสำหรับความ  
ตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. พยาบาลสาร. 29 (เมษายน - มิถุนายน 2545) : 41 - 54.

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย.  
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 4 (ตุลาคม - ธันวาคม 2544)

อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพมหานคร : เฟื่องฟ้าปริ้นติ้ง  
, 2544.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก : การศึกษาในผู้ป่วย  
นอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41 (กรกฎาคม  
- กันยายน 2539) : 174 - 183.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล ข. อาการซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขต  
กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41 (มกราคม - เมษายน  
2539) : 162 - 173.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย.  
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 43 (มกราคม - มีนาคม 2541) : 22 - 36.

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาษาอังกฤษ

- Alonzo, A. and Reynold, N. R. Stigma, HIV, and AIDS : an Exploration and Elaboration of Stigma Trajectory. Social Science and Medicine. 3 (August 1995) : 303 – 315.
- Alwin, C. M. Stress, Coping and Development : An Integrative Perspective. New York : Guilford, 1994.
- American psychiatric association. Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Washington : American psychiatric association, 2002.
- Andrew, L. The Pathogenesis of HIV infection. In Ropka, M. E., and Williams, A. B. (eds.) HIV Nursing and Symptom Management. Massachusetts : John and Bartlett Publishers, 1998.
- Barry, P. D. Mental Health and Mental Illness. 7th ed. Philadelphia : Lippincott - Raven, 2002.
- Beautrais, A. L. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34 (June 2000) : 420 – 436.
- Beck, A. T., Kovacs, M. and Weissman, A. Assessment of Suicidal Intention : The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47 (April 1979) : 343 – 352.
- Beck, A. T., Steer R. A. And Ranieri, W. F. Scale for Suicide Ideation : Psychosometric Properties of Self-Report version. Journal of Clinical Psychology. 44 (July 1988) : 499 – 505.
- Chatterton, R., and others. Suicides in an Australian Inpatient Environment. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Science. 37 (June 1999) : 34-40.
- Cheng, T. A. and others (2000) Psychosocial and Psychiatric Risk Factors for Suicide. The British Journal of Psychiatry. 177 (2000) : 360 – 365.
- Ciesla, J. A. and Roberts, J. E. Meta – Analysis of the Relational Between HIV Infection and Risk for Depressive Disorder. The American Journal of Psychiatry. 158 (May 2001).
- Cobb, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine. 38

(1976) : 300 – 314.

- Cockram, A. and others. The Evaluation of Depression in Inpatients with HIV Disease. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 33 (June 1999) :344 - 352.
- Corsini, R. J. and Auerbach A. J. Concise Encyclopedia of Psychology. 2nd ed. n.p. : John Wiley & Sons, 1998.
- Cote, T. R. Risk of Suicide Among Person with AIDS. A National Assessment. The Journal of The American Medical Association. 268 (October 1992).
- Department of Preventive Health Service Soldier and Family Support Branch. Suicide Prevention and Psychological Autopsy. [Online]. Available from : <http://www.cs.amedd.army.mil/sfsb/SSPS/BSO%20Track/powerpoint/Suicide%20Prevention%20&%20Psych%20Autopsy/tsld001.htm> [1 March 2003].
- Drake, R. E., Osher, F. C. and Wallach, M. A. Alcohol Use and Abuse in Schizophrenia. A Perspective Community Study. The Journal of Nervous and Mental Disease. (1989) : 408 – 414.
- Elkin, D., Scheidt, S. and Wilcox, A. J. Introduction to Clinical Psychiatry. Connecticut : Appleton & Lange, 1999.
- Fontaine, K. L. and Fletcher, J. S. Mental Health Nursing. 4th ed. California : Addison Wesley Longman, 1999.
- Gil, F. and others. Psychological Adjustment and Suicidal Ideation in Patient with AIDS. [Online]. Available from : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=11362064&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11362064&dopt=Abstract) [14 June 2003].
- Goffman, E. Stigma. New Jersey : Prentice – Hall, 1963.
- Gunnell, D. and others. Influence of Cohort Effects on Patterns of Suicide in England and Wales, 1995 – 1999. The British Journal of Psychiatry. 182 (February 2003) : 164 – 170.
- Hatton, C. L., Valente, S. M. and Rink, A. Suicide : Assessment and Intervention. New York : Prentice-Hall, 1977.
- Heckman, TG. and others. Thoughts of Suicide Among HIV-Infected Rural Persons

Enrolled in a Telephone-Delivered Mental Health Intervention. [Online].

Available from : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12054319&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12054319&dopt=Abstract) [14 June 2003].

John, J. R. and Dilley, J. W. Rational Suicide and HIV Disease. [Online]. Available from : <http://www.aegis.com/news/ads/1993/AD931471.html> [25 July 2003].

Kalichman, S. C. and others. Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living with HIV-AIDS. Psychiatric Services. 51 (July 2000) : 903 - 907.

Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. Comprehensive Textbook of Psychoatry / Volume 2. 5th ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1989.

Kelly, B. and others. Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and HIV Infection. Psychosomatics. 39 (October 1998) : 405-415.

Klee, H. Drug Misuse and Suicide : Assessing the Impact of HIV. AIDS Care. 7 Supplement 2 (December 1995) : s145 – s155.

Komiti, A. and others. Suicidal Behavior in People with HIV/AIDS : A Review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 35 (December 2001) : 747 – 757.

Kvalsund, R. J. and Spillman, K. HIV/AIDS and Suicide : Implication for suicide Identification and Prevention with Person Infected with HIV. [Online]. Available from : <http://www.uic.edu/orgs/convening/HIV-AIDS.htm>. [25 July 2003].

Mancoske, R. J. HIV/AIDS and Suicide : Further Precaution. Social Work. 41 (May 1996) : 325 – 326.

Marzuk, P. M. HIV Seroprevalence Among Suicide Victims in New York City, 1991 – 1993. The American Journal of Psychiatry. 154 (December 1997).

McKegney, F. P. and O'Dowd, M. A. Suicidality and HIV Status. The American Journal of Psychiatry. 149 (March 1992) : 396 – 398.

Meel, B. L. Suicide and HIV/AIDS in Transki, South Africa. Anil Aggrawal's Internet Journal of Forensic Medicine and Toxicology. 4 (January – June 2003).

Mynatt, S. Repeated Suicide Attempts. Journal of Psychosocial Nursing. 38

(December 2000) : 24 - 33.

Nieswiadomy, R. M. Foundations of Nursing Research. 3rd ed. Connecticut : Appleton & Lance, 1998.

Perry, S., Jacobsberg, L. and Fishman, B. Suicidal Ideation and HIV Testing. The Journal of The American Medical Association. 263 (February 1990).

Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV/AIDS. Supplement to the American Journal of Psychiatry. 157 (November 2000) : 23.

Pueschel, K. and Heinemann, A. HIV and Suicide in Hamburg. AIDS Care. 7 Supplement 2 (December 1995) : 129 – 134.

Pugh, K. and O'Donnell, I. Suicide and HIV Disease. AIDS Care. 5 (September 1993).

Rajs, J. and Fugelstad. A. Suicide Related to Human Immunodeficiency Virus Infection in Stockhome. [Online]. Available from : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=1561896&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=1561896&dopt=Abstract) [14 June 2003].

Renaud, J. and others. Suicide in Adolescents with Disruptive Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 38 (July 1999) : 846 – 851.

Robinson, D. J. Mnemonics & More for Psychiatric. Michigan : Rapid Psychler Press, 2001.

Rosengard, C. and Folkman, S. Suicidal Ideation, Bereavement, HIV Serostatus and Psychosocial Variables in Partner of Man with HIV. AIDS Care. 9 (1997) : 373 – 384.

Roy, A. Characteristics of HIV Patients who Attempt Suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 107 (January 2003) : 41 – 44.

Sanseeha, L. Symptoms of Depression and Factors for Its Management in Lower Secondary School Students in Mahasarakham Province, Thailand. The International Conference Quality of Psychiatric Mental Health Care : Nurses making a Difference. Bangkok. (January 30, 2003) : 26.

Schaefer, C. and others. The Health Related Function of Social Support. Journal of

Behavior, 4 (1981) : 381 – 406.

Schneider, S. G. and others. Factors Influencing Suicide Intent in Gay and Bisexual Suicide Ideators : Differing Models for Men with and Without Human Immunodeficiency Virus. Journal of Personality and Society Psychology. 61 (1991) : 776 - 788

Suicide and Special Patient Population. [Online]. Available from : <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/patient/chap2.htm> [12 June 2003].

Thorndike, R. M. Correlation Procedures for Research. Connecticut : Appleton & Lange, 1994.

Twiname, BG. The Relationship Between HIV Classification and Depression and Suicidal intent. [Online]. Available from : [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=8130367&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8130367&dopt=Abstract) [14 June 2003].

Umberson, D. Relationship Between Adult Children and Their Parents : Psychological Consequence for Both Generation. Journal of Marriage and The Family. 54 n.d.: 644 – 674.

Uthis, P. The Effects of Commitment to Caregiving Role, Stressors, Appraisal of Stress, Coping Resources, and Coping Response on Emotional Well-Being Among HIV / AIDS Family Caregivers in Thailand. Doctor's Thesis, Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University, 1999.

Vajda, J. and Steinbeck, K. Factors Associated with Repeat Suicide Attempts Among Adolescents. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 34 (June 2000) : 437 – 445.

Winert, C. A Social Support Measure : PRQ 85. Nursing Research. 36 (1987) : 273 – 277.

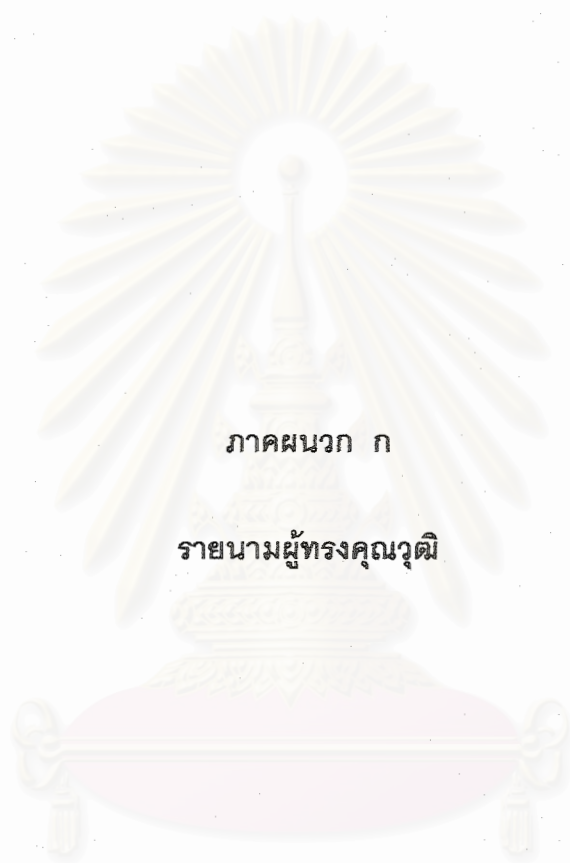
WHO and UNAIDS. Global Situation of HIV/AIDS Pandemic, End 2001. Journal of HIV/AIDS. 14 (1) : 2545.

Yunibhand, J. Quality of Care in Psychiatric mental Health Nursing. The International Conference Quality of Psychiatric Mental Health Care : Nurses making a Difference. Bangkok. January 29, 2003.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



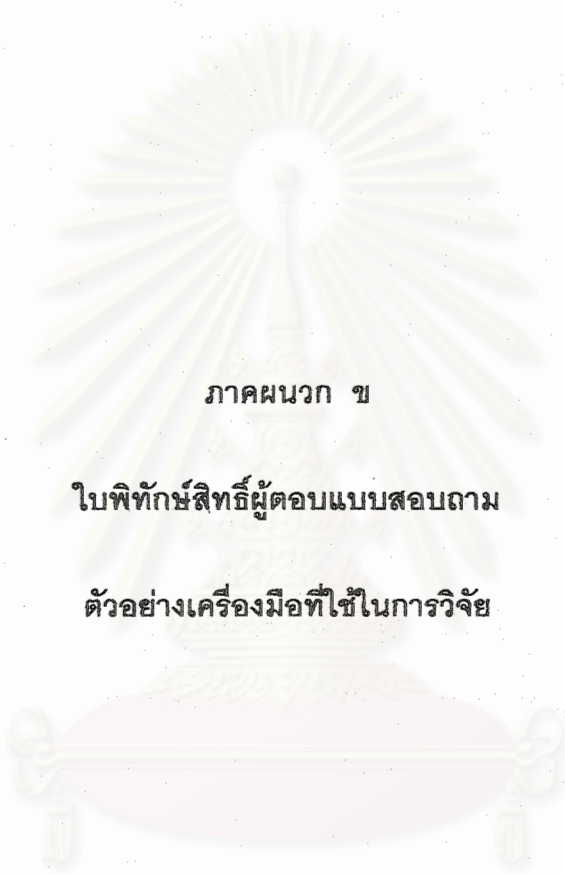
## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### ชื่อ - สกุล

### ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์นิรันดร์ วิเชียรทอง | จิตแพทย์ ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์<br>สมเด็จพระเจ้าพระยา                      |
| 2. รศ. ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปันตา   | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและ<br>การพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่     |
| 3. อาจารย์ ธนวรรณ อชาวีรัฐ     | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล<br>สุขภาพจิตและจิตเวช<br>มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 4. นางเยาวรัตน์ อินทอง         | หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล<br>ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร                 |
| 5. นางสาวจรรยาศรี ปานโต        | นักจิตวิทยา 6 ประจำสถาบันบำราศนราดูร  |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่แบบสอบถาม

**แบบสอบถามเรื่อง**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย  
 ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม  
 ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป  
 ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว  
 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด  
 ส่วนที่ 6 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

**ส่วนที่ 1****แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ท่านเรียนจบการศึกษาขั้นสูงสุดคือ.....

4. สถานภาพสมรส

โสด

อยู่ร่วมกันกับแฟน (ไม่ได้แต่งงาน)

หม้าย

หย่าร้าง

สมรส, แต่งงานอยู่ด้วยกัน

สมรส, แต่งงานแต่แยกกันอยู่

5. ภาวะเศรษฐกิจ ความพอเพียงของรายได้ในการจับจ่ายใช้สอยในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร (เมื่อรวมรายได้ของทั้งครอบครัว)

มีหนี้สิน

ไม่พอใช้

พอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ

พอใช้และมีเหลือเก็บ

6. ระยะเวลาที่ท่านทราบว่าติดเชื้อจนกระทั่งถึงวันสัมภาษณ์.....ปี.....เดือน

7. พฤติกรรมทางเพศหรือรสนิยมในการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน

มีรสนิยมรักร่วมเพศ หรือพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันเท่านั้น

มีรสนิยมรักร่วมสองเพศ หรือพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้ง 2 เพศ

มีรสนิยมรักต่างเพศ หรือพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับต่างเพศเท่านั้น

8. ในปัจจุบันท่านใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติดหรือไม่ (รวมทั้งการดื่มสุรา)

ไม่ใช่

ใช้ชนิด (ระบุ).....

9. ในปัจจุบันท่านได้เข้ารับการรักษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตในสถานบริการหรือโรงพยาบาลหรือไม่

ใช่

ไม่ใช่

10. ในครอบครัวของท่านเคยมีประวัติการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวหรือไม่

เคย

ไม่เคย

สำหรับเจ้าหน้าที่

ระยะของการดำเนินโรค

ระยะติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการ

ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์

ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 2

### แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง การได้รับความช่วยเหลือ ความรัก ความห่วงใยจากครอบครัว บุคคลรอบข้างและสถานบริการสาธารณสุขหลังจากที่ติดเชื้อหรือมีอาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์นั้น ถือว่ามีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมาก ข้อความต่อไปนี้จะแสดงถึงการที่ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมด้านต่างๆ หลังจากติดเชื้อหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของหรือความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

- เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
- เป็นจริงบางส่วน หมายถึง ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่าน
- ไม่เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	เป็นจริง มาก	เป็นจริง บางส่วน	ไม่เป็นจริง
<p>การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร</p> <p>1. ท่านมีโอกาสพบปะพูดคุยกับคนอื่นเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอยู่เสมอ</p> <p>2. ท่านมีโอกาสหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพด้วยวิธีต่างๆ เช่น ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือ เป็นต้น</p> <p>.....</p>			
<p>การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร</p> <p>1. ท่านได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีจากสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย เป็นต้น</p> <p>.....</p>			
<p>การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม</p> <p>1.ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นมักไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนท่านและครอบครัวอยู่เสมอ</p> <p>.....</p>			

### ส่วนที่ 3

#### แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป

คำชี้แจง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับ มักก่อให้เกิดความรู้สึกและรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง อันเกิดจากการประทุติติตจากบรรทัดฐานของสังคมและเป็นสิ่งไม่ดี โดยได้รับปฏิกิริยาจากสังคมที่แสดงถึงการรังเกียจในรูปแบบต่างๆ ข้อความต่อไปนี้จะแสดงถึงการได้รับตรา-บาปจากสังคมจากการติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
- เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกท่านเป็นส่วนใหญ่
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันบอกคนสนิทให้เก็บเรื่องที่ฉันติดเชื้อไว้เป็นความลับ				
2. การติดเชื้อทำให้ฉันรู้สึกผิด				
3. ความรู้สึกและความคิดเห็นของคนอื่นที่มีต่อฉันทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองแย่มากขึ้น				
.....				
40. บางคนเมื่อรู้ว่าฉันติดเชื้อแล้วพวกเขาจะมองหาสิ่งที่เป็นข้อบกพร่องของฉัน				

## ส่วนที่ 4

## แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

**คำชี้แจง** ความสัมพันธ์ของสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือว่ามีความสำคัญต่อกำลังใจและความรู้สึกมีคุณค่าของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมาก ข้อความต่อไปนี้แสดงถึงสัมพันธภาพในครอบครัวแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อยหรือไม่เห็นด้วยเป็นส่วนใหญ่

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักความห่วงใยต่อท่าน และท่านสามารถอาศัยอยู่ที่อาศัยเดิมได้					
2. เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้คำแนะนำช่วยเหลือท่านเสมอ					
3. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหา จะขอคำแนะนำ หรือความช่วยเหลือจากท่าน					
.....					
12. สมาชิกในครอบครัวช่วยให้ท่านมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ถึงแม้สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของท่าน					



## ส่วนที่ 5

## แบบสอบถามวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มักมีการปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะต่างๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์บางคนอาจใช้วิธีการเพียงอย่างเดียวในการปรับตัว ในขณะที่บางคนอาจใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ข้อความข้างล่างต่อไปนี้แสดงถึงการปรับตัวต่อความเครียดในลักษณะต่างๆ ขอให้ท่านเลือกตอบว่าได้ใช้วิธีการในแต่ละข้อ เพื่อปรับตัวต่อความเครียดซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่มีการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยด้วยโรคเอดส์บ่อยเพียงใด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

ไม่เคยใช้	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นเลย
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นบ้างเพียงเล็กน้อย
ใช้ประมาณครึ่งหนึ่ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นปานกลาง
ใช้บ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นค่อนข้างบ่อย
ใช้เกือบตลอดเวลา	หมายถึง ท่านปฏิบัติหรือกระทำสิ่งเหล่านั้นบ่อยหรือทุกครั้ง

วิธีการปรับตัวต่อความเครียด	ไม่เคยใช้	ใช้เป็นบางครั้ง	ใช้ประมาณครึ่งหนึ่ง	ใช้บ่อยครั้ง	ใช้เกือบตลอดเวลา
1. ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น					
2. ค้นหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อให้เข้าใจว่า จะต้องดูแลตนเองอย่างไร					
3. แยกแยะปัญหาออกเป็นปัญหาย่อยๆ เพื่อให้จัดการง่ายขึ้น					
.....					
.....					
40. เตรียมตัวสำหรับผลร้ายที่จะตามมา					

## ส่วนที่ 6

### แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้เกิดการตอบสนองด้านอารมณ์แบบต่างๆ เกิดความเจ็บปวดทรมาน หมดคุณค่าและต้องการจะทำลายตนเองโดยตั้งใจและรู้สึกตัว แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบัน เกี่ยวกับความปรารถนาในการทำร้ายตนเองที่ท่านได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อและเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ท่านมีความปรารถนาที่จะมีชีวิตอยู่

- ปานกลางถึงมาก  
 เล็กน้อย  
 ไม่ปรารถนาเลย

2. ท่านมีความปรารถนาที่จะเสียชีวิต

- ไม่ปรารถนาเลย  
 เล็กน้อย  
 ปานกลางถึงมาก

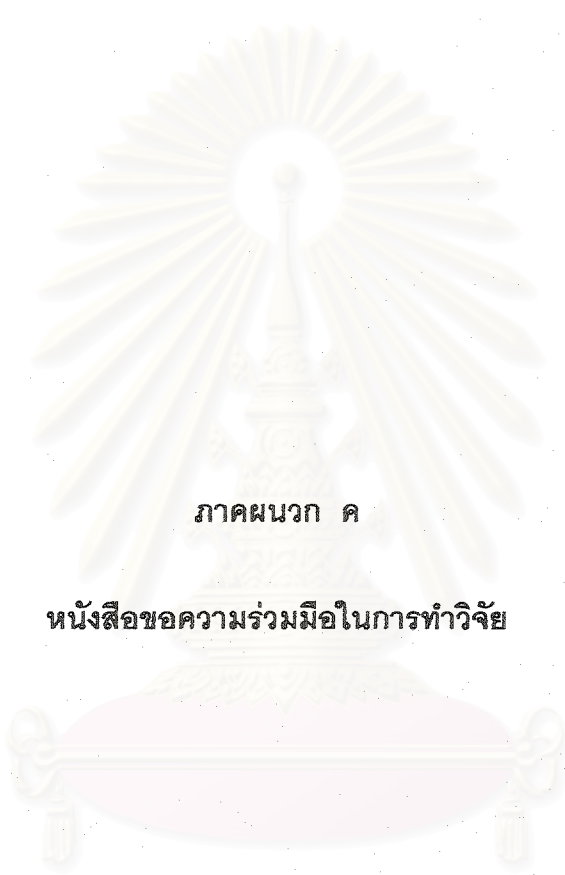
3. ....

4. ....

19. ท่านได้มีการปิดบังและไม่ต้องการให้ผู้อื่นทราบถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายของท่าน

หรือไม่ อย่างไร

- ไม่ได้ปิดบัง แสดงความคิดให้ผู้อื่นทราบอย่างเปิดเผย  
 ลังเลที่จะแสดงออกมา  
 พยายามที่จะปกปิดหรือโกหกผู้อื่นเพื่อปิดบังความคิดเหล่านั้น



ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ที่ ศธ 0512.111 / 093

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

/3 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ประธานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นายปริยศ กิตติธีระศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ชุด คือ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของรัตนกุล โทธิ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพของสมาชิกที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการบ้านนิจจานุเคราะห์ (2543) และ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ของ วัฒนา สกุลดี จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการปรับตัวตามระยะการดำเนินของโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (2542)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ. โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ประจักษ์ศิลป

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นายปริยศ กิตติธีระศักดิ์ โทร 0-6378-3037



ที่ ศธ 0512.11/ 1094

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

เนื่องด้วย นายปรีศ กิตติธรรค์ศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์นิรันดร์ วิเชียรทอง ตำแหน่งนายแพทย์ประจำสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนงานบริการการศึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นายแพทย์นิรันดร์ วิเชียรทอง

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

นายปรีศ กิตติธรรค์ศักดิ์ โทร 0-6378-3037

ที่ ศธ 0512.11/ 1092

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/ 3 พฤษภาคม 2547

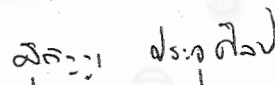
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ โทร 0-6378-3037



ที่ ศธ 0512.11/ 1096

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นายปรีศ กิตติธระศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ธนวรรณ อชาจารย์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ธนวรรณ อชาจารย์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ที่อธิบดี

นายปรีศ กิตติธระศักดิ์ โทร 0-6378-3037



ที่ ศธ 0512.11/ 1095

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/3 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุ

เนื่องด้วย นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการ  
วิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของ  
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเยาวรัตน์ อินทอง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล  
และ นางสาวจรรยาศรี ปานโต ตำแหน่งนักจิตวิทยา 6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม  
เนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ  
เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ  
ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุวิภา ปรองดอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ชื่อนิสิต

นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ โทร 0-6378-3037





ที่ ศธ 0512.11/๒๙๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

13 พฤษภาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

เนื่องด้วย นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลการวิจัยจำนวน 220 คน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยซึ่งเป็นแบบสอบถาม จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาป แบบประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัว แบบสอบถามวิธีเผชิญปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุกัญญา ปรภทศิลป์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปรภทศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 0-2218-9822

ที่อนิสิต

นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ โทร 0-6378-3037

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายปรีศ กิตติธีระศักดิ์ เกิดวันที่ 19 มิถุนายน 2519 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จ  
การศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา ปีการศึกษา 2542

ประสบการณ์ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง  
ในระหว่างปี พ.ศ. 2542 – 2545



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย