

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์



นางสาวบุษดี ศรีคำ

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

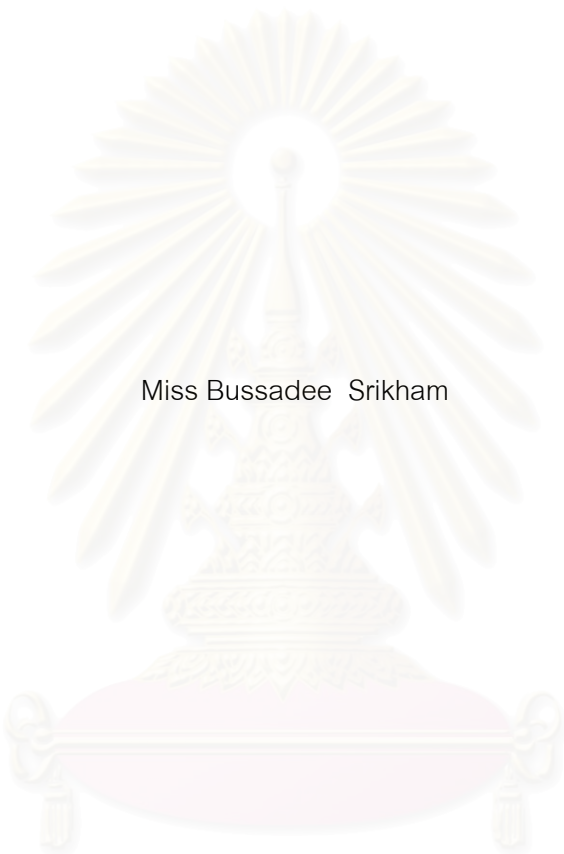
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-3628-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SELF DISCLOSURE, SOCIAL SUPPORT,
HOPE, PERCEIVED HEALTH STATUS, AND MENTAL HEALTH OF HIV/AIDS PATIENTS



Miss Bussadee Sriksam

สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-3628-2

| | |
|-------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และสุขภาพจิตของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ |
| โดย | นางสาว นุชดี ศรีคำ |
| สาขาวิชา | การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | อาจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ |

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

บุษดี ศรีคำ : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SELF DISCLOSURE, SOCIAL SUPPORT, PERCEIVED HEALTH STATUS, AND MENTAL HEALTH OF HIV/AIDS PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : อ. ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 133 หน้า. ISBN 974-17-3628-2.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ และด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 130 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติจากผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความหวัง และแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94, .79, .91, .86 และ .72 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน ฐานนิยม ค่าสถิติไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.7) มีการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 39.2) และมีอายุเฉลี่ย 34.51 ปี (S.D. =5.90) มีการเปิดเผยตัวเองระดับปานกลาง (\bar{X} =2.21,S.D. = 0.24) การสนับสนุนทางสังคมระดับมาก (\bar{X} =3.67 ,S.D. =0.58) มีความหวังระดับปานกลาง (\bar{X} =3.14,S.D. = 0.46) และการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างไม่ดี (\bar{X} = 669.97,S.D. =132.31) มีสุขภาพจิตโดยรวมระดับค่อนข้างดี (\bar{X} =4.11,S.D. = 0.78) และเมื่อจำแนกองค์ประกอบรายด้านของสุขภาพจิต พบว่ามีความผาสุกทางใจระดับค่อนข้างดี (\bar{X} = 3.95,S.D. = 0.90) และความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับปานกลาง (\bar{X} = 2.82, S.D.= 0.78)

2. การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .236, .431, .539 และ .540 ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.214, -.398, -.561, และ -.431 ตามลำดับ) เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (C = .262) โดยเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงกว่า ส่วนอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ที่ระดับ .05 (r =-.199)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปลายมือเขียนนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2546..... ปลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

4477581536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: SELF DISCLOSURE/ SOCIAL SUPPORT/ HOPE/ PERCIEVED HEALTH STATUS/
MENTAL HEALTH / HIV /AIDS PATIENT

BUSSADEE SRIKHAM: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SELF DISCLOSURE, SOCIAL SUPPORT, PERCEIVED HEALTH STATUS, AND MENTAL HEALTH OF HIV/AIDS PATIENTS. ADVISOR: PENPAKTH UTHIS, Ph.D., 133 pp. ISBN 974-17-3628-2.

The purpose of this descriptive research were to study: 1) personal factors, self disclosure, social support, perceived health status and mental health in psychological well-being component, and psychological distress component of HIV/AIDS patients 2) the relationships between personal factors, self disclosure, social support, perceived health status and mental health in psychological well-being component, and psychological distress component of HIV/AIDS patients. The sample were 130 HIV/AIDS patients selected by purposive sampling method from out patient department of Bamrasnaradura Institute. The research instrument were questionnaires namely mental health, self disclosure, social support, hope and perceived health status. All questionnaires were tested for content validity and reliability. The Cronbach's Alpha coefficient reliability were .94, .79, .91, .86, and .72, respectively. Statistical techniques utilized in data analysis were Percentage, Mean, Mode, Median, Standard deviation, Chi – square, Contingency coefficient, and Pearson product moment correlation.

Major results of this study were as follows:

1. HIV/AIDS patients were mostly male (57.7%) and diagnosed with AIDS (39.2%). They had mean age of 34.51 years. They had scores on self disclosure in the moderate level ($\bar{X} = 2.21$, S.D. = 0.24), social support in the high level ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.58), hope in the moderate level ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.46), and perceived health status in the rather poor level ($\bar{X} = 669.97$, S.D.= 132.31). The scores of mental health and psychological well-being component were in rather good level ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.78; $\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.90 respectively), where as the score on psychological distress component were in moderate level ($\bar{X} = 2.82$, S.D. = 0.78).

2. Self disclosure, social support, hope, and perceived health status were positive significantly related to mental health in psychological well-being component of HIV/AIDS patients ($r = .236, .431, .539$ and $.540$, $p = .05$, respectively) and were negative significantly related to psychological distress component ($r = -.214, -.398, -.516$ and $-.431$, $p = .05$, respectively). Sex was significantly related to mental health in psychological distress component of HIV/AIDS patients ($p = .05$, $C = .262$ respectively) by which female had higher scores. In addition, age was negative significantly related to mental health in psychological distress component ($r = -.190$, $p = .05$).

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

Academic year..... 2003..... Advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งชี้แนะแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจตลอดมาศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจเสมอมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลสวรรคโลก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ คณะแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเก็บข้อมูลและทดลองใช้เครื่องมือวิจัย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุริยา คุณแม่นะ น้องชาติรี ศรีคำ และครอบครัว ศรีคำ อันเป็นที่รักที่ได้คอยดูแล ห่วงใย ให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณ คุณประทวน มาประกอบ สำหรับความรักกำลังใจความห่วงใย ช่วยเหลือสนับสนุนทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลบ้านโคก ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และปรารถนาดีเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่คุณพ่อคุณแม่ ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

บุษดี ศรีคำ

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ | |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 7 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 7 |
| ขอบเขตของการวิจัย..... | 10 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 13 |
| 2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | |
| ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 16 |
| แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต..... | 18 |
| ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต..... | 32 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดเผยตัวเอง..... | 37 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... | 40 |
| แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง..... | 43 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ..... | 46 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 50 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 53 |
| 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 54 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 55 |

| | หน้า |
|---|------|
| การหาความตรงตามเนื้อหา..... | 63 |
| การหาความเที่ยง | 64 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 66 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 68 |
| 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 70 |
| 5 สรุปและอภิปรายผล..... | 82 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 84 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 86 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 95 |
| รายการอ้างอิง..... | 98 |
| ภาคผนวก..... | 114 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ..... | 115 |
| ภาคผนวก ข ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้วิจัย | 117 |
| ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย..... | 126 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 133 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|---|------|
| 1 | โครงสร้างแบบสอบถามสุขภาพจิตก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ..... | 64 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ การวินิจฉัยโรค และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 71 |
| 3 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการเปิดเผยตัวเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 71 |
| 4 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 72 |
| 5 | ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 72 |
| 6 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม มัธยฐานและระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 73 |
| 7 | จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 74 |
| 8 | จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 74 |
| 9 | จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 75 |
| 10 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 76 |
| 11 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 77 |
| 12 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 77 |
| 13 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง การวินิจฉัยโรคกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 78 |

สารบัญ (ต่อ)

ญ
หน้า

| | | |
|----|---|----|
| 14 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง การวินิจฉัยโรคกับความ ผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 79 |
| 15 | แสดงจำนวนและร้อยละ ของความสัมพันธ์ระหว่าง การวินิจฉัยโรคกับความ ทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 79 |
| 16 | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง อายุ การเปิดเผยตัวเอง การ สนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับสุขภาพจิตใน องค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์..... | 80 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ทุกภูมิภาคของโลกไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาล้วนแต่ประสบปัญหาการแพร่ระบาดและการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างรวดเร็ว นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกของโลกเมื่อ พ.ศ. 2524 สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกใน พ.ศ. 2527 โดยการแพร่ระบาดของโรคนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งเพิ่มขึ้นตามลำดับจาก พ.ศ. 2544, 2545 จนถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2546 เป็น 185,907, 285,517 และ 305,268 ราย (กองโรคเอดส์, 2546) และจากการคาดการณ์ประมาณแนวโน้มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากปี 2543 และ ปี 2549 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 33,000 เป็น 53,400 ราย (การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8) การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์จะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจเป็นอย่างมาก โดยทางด้านร่างกาย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีไข้เรื้อรัง ไอเรื้อรัง ท้องเสีย มีการติดเชื้อต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เกิดความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย ส่วนทางด้านสังคมนั้นเนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เพราะมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ ทำให้กลัวการติดต่อของเชื้อโรคเอดส์จนเกินเหตุ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขาดการสนับสนุนจากสังคม และต้องแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั้งภายในครอบครัวและเศรษฐกิจของประเทศชาติ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่ไม่ดีไม่สามารถทำงานได้ นายจ้างรังเกียจ ถูกไล่ออกจากงานหรือไม่ถูกเลือกเข้าทำงาน ทำให้ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ ดังนั้นเมื่อมองในภาพรวมประเทศชาติจึงมีการสูญเสียแรงงานจากการที่ทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศป่วยด้วย โรคเอดส์ (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540)

ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายสังคมและเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจซึ่งเป็นปัญหาสำคัญอย่างมากของผู้ป่วยเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามมา ซึ่งปัญหาทางจิตใจที่พบได้แก่ วิตกกังวล (คันสนีย์ สมิตะเกษตริณ, 2542; Hedge, 1990; Kurdek and Siesky, 1990 cite in Thompson, 1996) เครียด (Davidson, 1990; Thompson, 1996) กลัวตาย (ศศิมา กุสุมา

และอรรถัย โสมนรินทร์, 2541; Bruhn, 1994) สิ้นหวัง (Finkeman, 1997; Thompson, 1996) แยกตัว (Davidson, 1990; Lasalle and Lasalle, 2001) และซึมเศร้า (สมประสงค์ ศุภะวิท, 2533; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี และคณะ, 2534; Chuang, 1989; Finkeman, 1997) ซึ่งความซึมเศร้านับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญมากที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญต่อไปในอนาคต (บังอร ศิริโรจน์ และคณะ, 2537; คันสนีย์ สมิติเกษตริน, 2542; Hays and others, 1993; Barter, Barton, and Gazzard, 1993; Flaskerud and Ungvarski, 1995) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1992 ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายมีอัตราฆ่าตัวตาย สูงกว่าประชาชนทั่วไป 7.4 เท่า (Barter, Barton, and Gazzard, 1993) จากปัญหาต่างๆ ด้านจิตใจดังข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยทางจิต (Susser, Valencia, and Conover, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมีผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคจิตประสาท (Neuropsychiatric) (Sadock and Sadock, 2001) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงนับว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในประเทศต่างๆ เริ่มให้ความสำคัญในการเข้าไปให้การดูแลให้ความช่วยเหลือ สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน จะเห็นได้จากการบรรจุเรื่องการบริการสุขภาพจิตแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไว้เป็นแผนงานหนึ่งในแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9 (พ.ศ. 2545– 2549)

จะเห็นได้ว่าปัญหาและผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีผลต่อสภาพจิตของผู้ป่วยเหล่านี้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตจึงมีความสำคัญ (Flaskerud and Ungvarski, 1995) พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงควรจะเข้ามามีบทบาทในการให้การดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย เนื่องจากการให้พยาบาลเชิงรุกเพื่อให้การดูแลประชาชนทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เป็นบทบาทด้านการส่งเสริมและป้องกัน ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญด้านหนึ่งในบทบาทหลักที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต้องใช้ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแล (สภาพพยาบาล, 2544; จันทรอัมพร รุณดี, 2544) ทั้งนี้เพื่อช่วยในการป้องกันและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีชีวิตรื่นยาวขึ้น (Lasalle and Lasalle, 2001) ซึ่งสอดคล้องกับที่ Dille (1985) ได้กล่าวว่าแพทย์และพยาบาลด้านสุขภาพจิตควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเอดส์

ปัญหาด้านจิตใจดังกล่าวข้างต้นเป็นดัชนีที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์น่าจะเป็นบุคคลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Mental health) เนื่องจากมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) ที่เป็นองค์ประกอบด้านหนึ่งของสุขภาพจิตตามแนวคิดที่

Veit and Ware (1983) เสนอว่าบุคคลจะมีสุขภาพจิตดีควรจะมีองค์ประกอบทั้ง 2 ด้าน คือ ปราศจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงถึงภาวะด้านลบของสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ ส่วนอีกด้านหนึ่งควรจะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงถึงภาวะด้านบวกของสุขภาพจิต ได้แก่ ความรู้สึกทั่วไปทางบวก และความผูกพันทางอารมณ์ ผู้วิจัยจึงสนใจจะประเมินสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามแนวคิดนี้ เนื่องจากเห็นว่าเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมและชัดเจน และสามารถประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต และใช้กับประชากรทั่วไปที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตได้ (Manne and Schnoll, 2001) รวมทั้งเพื่อศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และองค์ประกอบทั้งสองด้านของสุขภาพจิต ของติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริม อันจะนำไปสู่ประโยชน์ในการให้การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสมต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่มีปัญหาใกล้เคียงกันประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ (Berlin and Borden, 1990; Kenedy and others, 1995) อายุ (คັນสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542; Hamarat, Thompson, Zabucky, Steele, and Matheny, 2001) การวินิจฉัยโรค (Ragsdale and Morrow, 1990; Kelly and Muphy, 1992; Thompson, 1996) ระดับการศึกษา รายได้ (วิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2541) อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การทำกิจกรรมในสังคม ความรู้สึกสูญเสีย พฤติกรรมการป้องกันโรค (สุดาวัลย์ สายสืบ, 2535) สภาพสังคม (สุวัฒน์ มหัตนินันดรกุล, 2538) การอบรมเลี้ยงดู การควบคุมอารมณ์ (วีระ ไชยศรีสุข, 2539) การเปิดเผยตัวเอง (เพยาร์ ศรีแสงทอง, 2539; Hays and others, 1993) การสนับสนุนทางสังคม (Siegel, Raveis, and Karus, 1994; Crystal and Kersting, 1998) ความหวัง (Hall, 1989; Bishara and others, 1997) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Phillips, Sowell, Rush, and Murdaugh, 2001; Hoffman and Rosenheck, 2000) และการเผชิญปัญหา (Wamoldt and others, 1995) จากปัจจัยต่างๆ ที่ระบุข้างต้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกเพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตน้อยมาก และยังไม่พบการศึกษาหา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ดังกล่าวนี้กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังกล่าวข้างต้น

เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้าน ความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเห็นได้จากการศึกษาซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (Kenedy and others, 1995; Hedge, 1990) นอกจากนี้จากการศึกษาของคันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจะมีระดับความซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุน้อยกว่า และสำหรับกรวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ (Thompson, 1996) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์จะผ่านระยะการปรับตัวมาแล้วช่วงหนึ่งจนทำให้ยอมรับความจริงได้ ซึ่งจะส่งผลให้ความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง (มารยาท วงษาบุตร, 2539) แต่มีบางงานวิจัยที่ขัดแย้งกันดังเช่นงานวิจัยของ Ragsdale and Morrow (1990) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาด้านจิตใจมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการเนื่องจากถ้ามีอาการแสดงออกแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะไม่สามารถปกปิดอาการได้ จึงอาจได้รับการรังเกียจจากสังคม ผู้ป่วยระยะนี้จึงมีอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ (บุญทิวา โภธิเจริญ, 2539)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังมีการเปิดเผยตัวเอง (Self disclosure) น้อยเพราะกลัวว่าอาจจะเกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งต่อตนเองและครอบครัว กลัวถูกรังเกียจและทำให้ครอบครัวเดือดร้อน (Hays and others, 1993; ธาตทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544) และหากเปิดเผยตัวเองแล้วอาจจะทำลายสัมพันธภาพที่มีต่อกัน ถ้าหากไม่มีความไว้วางใจซึ่งกันเพราะกลัวว่าจะนำไปเปิดเผยต่อผู้อื่นอีกด้วย (Coldmand, 1985 อ้างใน พเยาว์ ศรีแสงทอง, 2539) ดังนั้นจึงต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพังคนเดียว ซึ่งจะส่งผลต่อสภาพจิตใจ คือมีความกดดัน อึดอัดไม่รู้จะระบายความรู้สึกกับใคร เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกหว่าเหว และไม่มีกำลังใจ (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2543; ธาตทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย, 2544) ซึ่ง Jourard (1971) กล่าวว่า การเปิดเผยตนเองเป็นสภาพที่บุคคลมีทั้งการยอมให้ผู้อื่นเข้ามารู้จักตนเองได้และขณะเดียวกันก็เป็นการเปิดการรับรู้ของตนเองสู่สิ่งต่างๆ และบุคคลต่างๆ รวมทั้งเป็นการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเปิดเผยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นผลดีหลายประการทำให้ได้ระบายอารมณ์กับความรู้สึกกับผู้อื่น คลายความเครียด วิตกกังวล และมีความผาสุกทางใจ (บังอร ศิริโรจน์, 2537; เพ็ญพัทธ์ อูทิศ, 2543; วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2543) ในแง่การบำบัดรักษาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากบุคลากรที่มีสุขภาพ และได้รับการดูแลจากบุคคล

ใกล้ขีด จะเป็นผลดีอย่างยิ่งต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษางานเรื่องยังมีความขัดแย้งกันอยู่เนื่องจากพบว่าการเปิดเผยตัวเองทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจเช่น ความวิตกกังวล เนื่องจากเกรงว่าสังคมจะรังเกียจตนเองและครอบครัว (เพยาวี ศรีแสงทอง, 2539)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) นับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้าและแยกตัว เพราะรู้สึกกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ กลัวถูกปฏิเสธ (Flaskerud and Ungvarski, 1995) ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ กังวลว่าต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะหากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สุด แล้วจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลสูงขึ้น เกิดความรู้สึกท้อถอย จากแนวคิดของ Schaefer and others (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจะมีความวิตกกังวลและ ความซึมเศร้าต่ำ (Donlou and others, 1985; Hays and others, 1989 cite in Friedland and others, 1996; Stowe and others, 1993 อ้างใน พัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ Serovich and others (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าและความวิตกกังวล นอกจากนี้การศึกษาของ Friedman and King (1994) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุน ด้านอารมณ์และการสนับสนุนด้านวัตถุกับความผาสุกทางใจของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ

ความหวัง (Hope) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตเนื่องจากเป็นความรู้สึก (feeling) ที่เป็นพลังภายในบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ในปัจจุบันและสนับสนุนให้บุคคลคาดหวังถึงผลบวกที่จะเกิดในอนาคต ทำให้บุคคลมองเห็นอนาคตของตน (Herth, 1990; 1992) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จนทำให้ส่วนใหญ่มักกลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง แต่อย่างไรก็ตามยังมีผลการศึกษาที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนยังมีความหวังที่จะมีสุขภาพปกติและมีชีวิตยืนยาวต่อไป (มารยาท วงษานูตร, 2539; Coward, 1994) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความหวังทำให้สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับสถานการณ์และต่อสู้กับโรคร้ายได้ (พาริดา อิบราฮิม, 2539;

WHO, 1993; Hall, 1994; Helmsteter, 1998; อ้างใน วัชรินทร์ จันทนาลักษณ์, 2541) สอดคล้องกับ วิลลิตต์น์ ภูวราวุฒิปานิช (2538) ที่กล่าวว่าความหวังเป็นสิ่งหล่อเลี้ยงจิตใจของมนุษย์ให้อยู่ได้อย่างมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต แต่หากสิ้นหวังก็จะนำมาซึ่งความเศร้าโศก และกลายเป็นความซึมเศร้า (Beck and Williams, 1984 อ้างใน ญัฐธนันท์ ใจตรง, 2540) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hall (1989) ได้ศึกษาเรื่องการมีความหวังเพื่อต่อสู้กับโรคใน ระยะสุดท้ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ ผาสุกทางใจ และการศึกษาของ Dipasquale (1990 อ้างใน มารยาท วงษาบุตร, 2539) พบว่า ความหวังมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ลดความวิตกกังวล และความท้อแท้ในการดำรงชีวิต

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และ ความหวังแล้วยังมีปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นเอดส์เป็นโรคร้ายแรงไม่สามารถ รักษาให้หายได้ ซึ่งโรคเอดส์จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา ในการรับรู้ภาวะ สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละระยะการดำเนินโรค และแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ ภาวะสุขภาพแตกต่างกันไป การรับรู้ภาวะสุขภาพจะมีผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิต (Willke, Weinfurt, Glick, Freimuth and Schulman, 2000 cite in Phillips and others, 2001) และจาก การศึกษาของ Phillips and others (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสังคมและสรีรภาพ กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ อาการของโรค ความซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และการเผชิญปัญหา ซึ่งความซึมเศร้าเป็น องค์ประกอบของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และจากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตคนชรา ชาวไทยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของคนชรา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญ (เขมิกา ยามะรัตน์, 2537) ซึ่งความพึงพอใจเป็นองค์ประกอบย่อยของความ ผาสุกทางใจ

จากความสำคัญดังกล่าวและการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่าในประเทศไทยยัง มีการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มากนัก และยังไม่พบการศึกษา ความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับปัจจัยต่างๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตและ องค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้งทางด้านลบ(ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ) และทางด้านบวก(ความ ผาสุกทางใจ) และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผลการศึกษานี้คาดว่าจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อ

ป้องกันการเกิดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอ็ดส์มี สุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ และเป็นแนวทางในงานวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การติดเชื้อเอชไอวีนับเป็นสถานการณ์วิกฤตอย่างหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ต้องเผชิญเนื่องจากเป็นโรคที่ร้ายแรงไม่สามารถรักษาให้หายได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ รวมทั้งปัญหาด้านสุขภาพจิตตามมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิต (Mental Health) ของประชากรกลุ่มนี้ ตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) ซึ่งกล่าวว่า การประเมินสุขภาพจิตของบุคคลต้องครอบคลุม 2 องค์ประกอบ คือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ และความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ได้แก่ ความรู้สึกทั่วไปทางบวก และความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ และการวินิจฉัยโรคสำหรับเพศนั้นจากการศึกษาของ Kenedy and others (1995) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของเพศกับความซึมเศร้าในกลุ่มสมรสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเพศมีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การเผชิญปัญหา และความผาสุกทางใจในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรังซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้หญิงจะมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย สำหรับอายุนั้น จากงานวิจัยของ Hamarat and others (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกทางใจดีกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง และ

สำหรับการวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ (Kelly and Muphy, 1992 cite in Flaskerud and Ungvarski, 1995) เนื่องจากผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อถึงระยะเริ่มมีอาการของโรคหรือการเจ็บป่วยมากนั้น จะยิ่งรู้สึกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ รู้สึกกลัวการเจ็บป่วยและการตาย (บังอร ศิริโรจน์ และคณะ, 2537) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการแสดงออกทางร่างกายจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อภาพลักษณ์ของตนเองในการได้รับการ รั้งเกียจจากสังคมมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันเช่น การศึกษาของ Chung and others (1989) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเอดส์จะมีสุขภาวะทางใจสูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเปิดเผยตัวเอง (Self disclosure) เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคม จึงถือเป็นภาวะวิกฤตที่บุคคลต้องปรับตัว นอกจากนี้ในปัจจุบันโรคเอดส์ยังถูกมองว่าเป็นโรคร้าย น่าเกลียดน่ากลัวเป็นโรคที่หมายถึงความตาย ทำให้คนที่ติดเชื้อมีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจในการเปิดเผยตัวเองแม้แต่คนใกล้ชิด เช่น ครอบครัวหรือคู่สมรส เพราะกลัวว่าจะถูกตัดสัมพันธ์ภาพ (Jourard, 1964) ทำให้ต้องเก็บกดอยู่คนเดียวรู้สึกอึดอัด หวาดกลัว (Lehr and Lee, 1990 cite in Keller, 2000) ในขณะเดียวกันถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตัวเองก็น่าจะเป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากไม่ต้องปิดบังหรือเก็บกดไว้คนเดียว ไม่เกิดความเครียดและคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นด้วย (Jourard, 1964) จากการศึกษาของ Sherman and others (2000) ซึ่งศึกษาการเปิดเผยตัวเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่เปิดเผยตัวเองมีระดับ CD 4 เพิ่มขึ้น และมีความผาสุกทางใจดีกว่าก่อนการเปิดเผยตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้งานวิจัยของ Hays and others (1993) ได้ศึกษาการเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวีบวกแก่ คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ในกลุ่มรักร่วมเพศ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยตัวเองจะได้รับการ ช่วยเหลือจากคนรัก ญาติ เพื่อนร่วมงาน ทำให้ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลลดลงดังนั้นการเปิดเผยตัวเองจึงมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้งด้านความผาสุกทางใจและ ด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกที่เป็นตราบาป ทำให้สามารถดำรงชีวิตที่เป็นปกติสุขในสังคมได้ต่อไป (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2538) และจากงานวิจัยของ Crystal and Kersting (1998) ในการศึกษาความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะ ซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แล้วพบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนมีผลต่อ สุขภาพจิตทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegal and others (1994) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักร่วมเพศ พบว่าการสนับสนุนทาง

สังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ซึมเศร้า และกับผลการศึกษา Lambert and others (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคม การเจ็บป่วยที่รุนแรงและความผาสุกทางใจในผู้หญิงที่เป็นรูมาตอยด์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์หนึ่งที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้ดีที่สุด ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ความหวัง (Hope) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องเผชิญกับการสูญเสียในหลายๆ ด้าน ซึ่งสภาพเหล่านี้ทำให้ดูเหมือนว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีน่าจะสิ้นหวังท้อแท้แต่จากการศึกษาพบว่าหลังจากการทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่สามารถยอมรับสภาพการติดเชื้อได้ทันที เมื่อเวลานานขึ้นจะเริ่มมีความหวังในชีวิตมากขึ้น ทำให้ ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งยังมีความหวังและสามารถคงความหวังในชีวิตไว้ได้ (WHO, 1993; Hall, 1994 cite in วัชรินทร์ จันทนาลักษณ์, 2541) และจากการศึกษาของ Taylor and others (1991 cite in Walker and Jenifer, 2002) พบว่าในผู้ป่วยเอดส์ที่มีความหวังจะช่วยให้ลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลลดลงได้นอกจากนี้จากการศึกษาของ Bishara and others (1997) ซึ่งได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ป่วยมะเร็ง แล้วพบว่าความหวังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gee (1984 cite in Hall, 1989) พบว่าหากผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมีความหวังจะสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย (Connelly and others, 1989) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ (นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม, 2524) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Phillips and others (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสังคมและสรีรภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในหญิงผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาการของโรค ความซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต และการเผชิญปัญหา ซึ่งความซึมเศร้าเป็นองค์ประกอบของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบสุขภาพจิต นอกจากนี้จากการศึกษาของ Hoffman and Rosenheck (2000) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะมีผลต่อการทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
2. การเปิดเผยตัวเอง มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและมีความสัมพันธ์ทางลบกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
4. ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และองค์ประกอบแต่ละด้านของสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ประชากร คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ อายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดที่ไม่มีอาการ มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมารับบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรมสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร จังหวัดนนทบุรี

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน เพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค
2. การเปิดเผยตัวเอง
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. ความหวัง
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
6. สุขภาพจิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. เพศ หมายถึง สถานภาพซึ่งแสดงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
3. การวินิจฉัยโรค หมายถึง การจำแนกโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามการแบ่งของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2543) ดังนี้

3.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV patients) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ แต่ยังไม่แสดงอาการใดๆ ออกมา

3.2 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV patients) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมีอาการแสดงของโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง แต่ยังไม่ถึงขั้นที่เข้าข่ายกลุ่มโรค 25 โรค ในการวินิจฉัยเอดส์เต็มขั้น (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2543)

3.3 ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS patients) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะการติดเชื้อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) จากการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และมีการตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งมี 25 โรค หรือ ตรวจพบว่ามีเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 cell/ml อย่างน้อย 2 ครั้ง

4. การเปิดเผยตัวเอง หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยินยอมเปิดเผยความในใจ รวมทั้งการเปิดใจรับรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในภาวะที่ตนติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นโรคเอดส์ด้วยความสมัครใจ แก่บุคคลใกล้ชิดได้แก่ พ่อ แม่ สามีหรือภรรยา และเพื่อน ซึ่ง

ครอบคลุมการเปิดเผยตัวใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติ 2) ด้านความสนใจ 3) ด้านการงาน 4) ด้านการเงิน 5) ด้านบุคลิกภาพ และ 6) ด้านร่างกาย ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเปิดเผยตัวเองของ Jourard (1971)

5. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือ (Perceived support) ความสนใจ ความรัก และ ความห่วงใย จากบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน และ บุคลากรด้านสาธารณสุข ในเรื่องการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ (Tangible support) และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) วัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่ง จีราพร อมรภิบาล (2536) สร้างตามแนวคิดของ Schaefer and others (1981)

6. ความหวัง หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เชื่อมั่นว่าตนจะสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ที่วิกฤตจากการติดเชื้อและการเจ็บป่วยของตนเองได้ ประกอบด้วย ความหวังใน 3 ด้าน ตามแนวคิดของ Herth (1992) คือ ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและอนาคต ความรู้สึกภายในที่พร้อมและความคาดหวังในทางบวก และความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น วัดได้จากแบบวัดความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่ง มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวัง Herth Hope Index (1992) ของ Herth (1992)

7. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก หรือ ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีต่อสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการยอมรับในบทบาทของการเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล วัดได้จากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่ง ปิยะพันธ์ นันตา (2541) สร้างตามแนวคิดของ Denyes (1980)

8. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจทางด้านบวกและด้านลบตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งประเมินจากองค์ประกอบ 2 ด้าน ตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) คือองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) และด้านความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ประเมินได้จากแบบวัดสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดสุขภาพจิต The Mental Health Inventory ของ Veit and Ware (1983)

8.1 องค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง สภาพจิตใจทางด้านลบซึ่งประกอบด้วย

8.1.1 ความซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่แสดงออกในด้านความเศร้าโศก หดงำลังใจ เป็อหน่วยหมดหวังขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ และมองโลกในแง่ร้าย

8.1.2 ความวิตกกังวล หมายถึง สภาพความรู้สึกที่แสดงออกทางอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวี ในลักษณะของความกระวนกระวายใจหรือตื่นตกใจ หวาดกลัว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรภาพต่างๆ เช่น มือสั่น

8.1.3 การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมกาปฏิบัติของตนเองได้ ประเมินได้จากการแสดงออก การคิด การพูด และความรู้สึก

8.2 องค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) หมายถึง สภาพจิตใจทางด้านบวก ซึ่งประกอบด้วย

8.2.1 ความรู้สึกทั่วไปทางบวก หมายถึง สภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่แสดงออกในลักษณะความสดชื่น ร่าเริง แจ่มใส มีความสุข สบายใจ และมีความสนใจในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้น

8.2.2 ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง สภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รู้สึกเป็นที่รัก เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลการวิจัยทำให้ทราบว่ามีตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งจะเป็อประโยชน์และแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้หาทางปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาแนวทางในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมป้องกันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพจิตที่ดีได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ และความแตกต่างของแต่ละบุคคล

2. เป็นแนวทางการพยาบาลและการจัดกิจกรรมส่งเสริมหรือยับยั้งปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบแต่ละด้านของสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 1.1 พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
 - 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
 - 2.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิตทั่วไป
 - 2.3 องค์ประกอบของสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983)
 - 2.4 การประเมินสุขภาพจิตทั่วไป
 - 2.5 การประเมินตามองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ
 - 2.6 สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 2.7 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต
 - 2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดเผยตัวเอง
 - 3.1 ความหมายของการเปิดเผยตัวเอง
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการเปิดเผยตัวเอง
 - 3.3 การเปิดเผยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยตัวเองกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

- 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
5. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
 - 5.1 ความหมายของความหวัง
 - 5.2 ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 6. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 6.1 ความหมายการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 6.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 6.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 - 6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

1.1 พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV disease/AIDS) ก่อให้เกิดพยาธิสภาพสำคัญต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์โดยเฉพาะ helper T-lymphocytes ซึ่งมี CD4 molecule บนผิวเซลล์ จำนวนของ CD4 และ T lymphocytes จะมีความสัมพันธ์ต่อโรคติดเชื้อฉวย (opportunistic infection, OI) เมื่อจำนวน CD4 และ T lymphocytes ลดลงมาก ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มี virulence ต่ำมากขึ้น รวมทั้งเป็นโรคมะเร็งบางชนิดที่จำเพาะต่อโรคเอดส์ เช่น มะเร็งของหลอดเลือด Kaposi 's sarcoma และ primary CNS lymphocytes เป็นต้น นอกจากนั้นเชื้อเอชไอวียังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลืองประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหาร และผิวหนังโดยตรง และทำให้เกิดกลุ่มอาการต่างๆ จากการติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี เป็นไวรัสในตระกูลมีรูปร่างทรงกลมขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 90 – 120 นาโนเมตร เชื้อเอชไอวีนี้จะมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้อไวรัสชนิดอื่น คือสามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cells (T4 Lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ (Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลาย ในขณะที่เชื้อเอชไอวีไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย เชื้อเอชไอวีจะเกาะกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์และจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ ถอดเปลือกหุ้มออกและสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น โดยผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการแสดงของโรค ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 – 3 ไวรัสที่แฝงอยู่ในเซลล์จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตกและกระจายไปยังเม็ดเลือดขาวตัวต่อไป จนเม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง ซึ่งสามารถตรวจเลือดหา Antibody ได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด โดยเอชไอวียังแฝงตัวอยู่ในร่างกายรอการแบ่งตัวต่อไปและขณะที่แฝงตัวอยู่ เชื้อเอชไอวีสามารถทำอันตรายต่อเซลล์ของอวัยวะนั้นโดยตรง จนในที่สุดเม็ดเลือดขาวถูกทำลายมากขึ้น เป็นผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไป เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ หรือมะเร็งในระบบต่างๆ ได้ (ยงศ์ รงค์รุ่งเรือง, 2543)

1.2 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นเอดส์

ผลกระทบด้านร่างกาย

ภายหลังได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะของโรค จนเกิดผลกระทบต่อร่างกาย ระยะแรกของการติดเชื้อ

เอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการต่างๆ ชัดเจน อาจพบอาการเช่นเดียวกับการติดเชื้อเฉียบพลันอื่นๆ เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ไข่ออกผื่น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปภายในเวลา 1 สัปดาห์ (Peters, 1996) ต่อมาหากไม่ได้มีการดูแลตนเอง ก็จะทำให้มีการเจริญและขยายจำนวนของเชื้อโรคเอดส์ในร่างกายเพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายมาก โดยผู้ติดเชื้อจะมีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เบื่ออาหาร ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไอเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองโต (ขวัญชัย ศุภรัตน์ภิญโญ, 2535; Rakower and Galvin, 1989) ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อ่อนแอมีภูมิคุ้มกันต่ำ และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายตามมา (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) โดยมีระยะเวลาของการดำเนินโรคไม่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทั้งก่อนและหลังการได้รับเชื้อ ความรุนแรงของความพร่องของภูมิคุ้มกัน (กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน, 2541)

ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับผลกระทบด้านสังคมเนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคมบางกลุ่มที่เกิดความหวาดกลัว รังเกียจ รวมทั้งไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Durham and Cohen, 1991) ในขณะเดียวกันก็มีผลกระทบภายในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อและยังมีความรู้สึกว่ามีตราบาปเกิดขึ้นในครอบครัว (Gee, 1988) ซึ่งปัญหาเหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและนำไปสู่ปัญหาวิกฤตในครอบครัว กลัวชุมชนและสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ปฏิเสธที่จะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและทางสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อต้องแยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การติดเชื้อเอดส์อาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อยๆ ร่วมกับการรังเกียจและไม่ยอมรับของสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มีงานทำ ขาดรายได้และต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีก (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวีก็อาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกำลังแรงงานของประเทศ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียแรงงานจากทรัพยากรบุคคลและสูญเสียผลผลิตจากการที่ผู้ใช้งานป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2537)

ผลกระทบด้านจิตใจ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสถานการณ์วิกฤต ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับโรคภัยร้ายแรง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายอาจมีปฏิกิริยาที่รุนแรงมากโดยจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ (Initial crisis) ในระยะนี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน ตื่นตระหนกและหวาดกลัว (บังอรศิริโรจน์ และคณะ, 2537) ในระยะต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีความรู้สึกหลายๆ อย่างปะปนกัน เป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (Transitional state) โดยเริ่มมีการยอมรับความจริงบ้าง อาจมีความรู้สึกโกรธขาดการควบคุมตนเอง รู้สึกผิด ลงโทษตัวเอง สงสารตัวเอง ในบางครั้งอาจมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งใน 2 ระยะนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และมีอาการทางจิตเช่น โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ภาวะหลงลืม (Delirium) การปรับตัว (Adjustment disorder) ซึ่งปัญหาการปรับตัวนี้พบประมาณร้อยละ 5 – 20 (Sadock and Sadock, 2001) ซึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บางรายอาจหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย (Flaskerud, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมีผลให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคจิตประสาท (Neuropsychiatric) (Sadock and Sadock, 2001) ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้สามารถปรับตัวจนยอมรับความจริงได้ ก็จะเข้าสู่ระยะ สุดท้าย เป็นระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (Acceptance) โดยผู้ติดเชื้อจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต (Mental Health)

2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2518) บิดาแห่งวงการสุขภาพจิตและจิตเวชแห่งประเทศไทย ให้คำนิยามสุขภาพจิตว่า คือ สภาวะของชีวิตที่มีสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่สามารถปรับตัวเองอยู่ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ หรือผู้ซึ่งมีสุขภาพจิตดีคือผู้ที่พอใจตัวเอง พอใจผู้อื่น และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ด้วยความสุข ทั้งสามารถบำเพ็ญประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ด้วยความสุข

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2527) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพจิตที่มีความเข้มแข็ง สามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุข ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต

Jahoda (1958) ได้ชี้ประเด็นสุขภาพจิตไว้ 3 ทางคือ

1. As a relatively constant and enduring function of personality เป็นลักษณะการทำงานของบุคลิกภาพที่ค่อนข้างจะคงที่ และยาวนาน ถึงแม้จะมีขึ้นๆ ลงๆ บ้าง แต่สุขภาพจิตโดยทั่วไปค่อนข้างจะคงที่ และพยากรณ์ได้ (predictable) เป็นลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพ

2. A momentary function of personality and situation เป็นการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวในลักษณะของบุคลิกภาพและตามสภาพการณ์ ซึ่งสุขภาพจิตอาจแปรเปลี่ยนไป ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ภายนอกและปัจจัยภายในจิตใจ สุขภาพจิตในลักษณะนี้จะไม่ค่อยคงที่และคาดเดาไม่ได้ในระยะยาว ซึ่งก็คือความรู้สึกและการแสดงออกในปัจจุบัน

3. As a group or cultural characteristics เป็นสุขภาพจิตตามลักษณะของกลุ่มหรือวัฒนธรรม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในแต่ละบุคคล

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความรวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

Veit and Ware (1983) ได้สรุปว่าสุขภาพจิตครอบคลุมด้วย 2 องค์ประกอบคือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) และความผาสุกทางใจ (Psychological well-being)

กล่าวโดยสรุป สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไม่เพียงปราศจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจเท่านั้น แต่ยังมีความผาสุกทางใจ และสามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี

2.2 องค์ประกอบของสุขภาพจิตทั่วไป

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ (2527) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีประกอบด้วย

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ แล้วยังต้องมีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้อง กับทำนองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่ได้รับนั้นๆ ด้วย

WHO (1981) ได้กล่าวถึงดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งกล่าวรวมทั้งดัชนีชี้วัดทั้งในระดับบุคคลและชุมชนว่าควรประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 มิติ คือ

1. ดัชนีที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต
2. ดัชนีที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 - 2.1 ความผาสุกของคนๆ นั้น
 - 2.2 ชีวิตในชุมชน สังคม
 - 2.3 คุณภาพชีวิต
 - 2.4 การพัฒนาทางด้านจิตใจ
3. ดัชนีที่เกี่ยวข้องกับความแตกแยกของสังคม

Trubowitz (1994) ได้จำแนกพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการมีสุขภาพจิตดีของบุคคลเป็น 3 ลักษณะ คือ

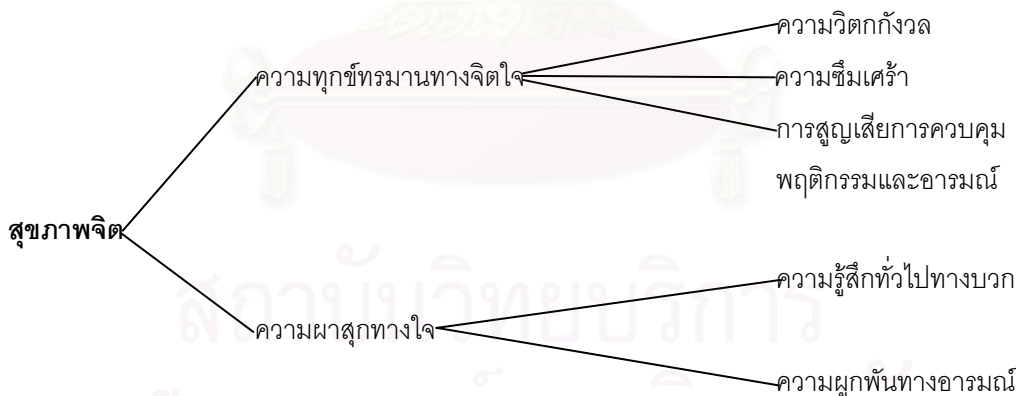
1. ความสุข (Happiness) รู้จักหาความสุขสนุกสนานให้แก่ชีวิตตนเอง สามารถมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่นตามที่ต้องการ
2. การควบคุมพฤติกรรม (Control Over Behavior) สามารถยอมรับและเข้าใจการแสดงออกอย่างมีขอบเขต สามารถตอบสนองตามกฎระเบียบ ประเพณีของกลุ่มได้
3. การประเมินความเป็นจริง (Appraisal of Reality) รับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น มีความรู้สึกที่ดีต่อผลที่เกิดขึ้นไม่ว่าผลลัพธ์จะออกในแง่ดีหรือไม่ดี และจะติดตามการกระทำนั้นสามารถแยกแยะความแตกต่างของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ว่าสิ่งใดเป็นจริงหรือไม่จริง
4. ประสิทธิภาพในการทำงาน มีความพยายามทำงานอย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่เมื่อประสบกับความล้มเหลว ยังคงยืนหยัดสามารถทำงานต่อไปได้
5. มีแนวคิดของตนเองในด้านสุขภาพ (A Health Self-Concept) มีความเป็นตัวตนและเข้าถึงอุดมคติความเหมาะสม มีเหตุผลและมีความเชื่อมั่น สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ ช่วยเหลือเมื่อมีความเครียด

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย: มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการ คือ

1. สุขภาพจิตดี : จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง
2. สุขภาพกายแข็งแรง : ไม่มีโรค ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ และนอนหลับได้
3. ความผาสุก : อยู่ดีกินดี มีเงินพอใช้ มีเงินทอง มีความสุข อยู่เป็นสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดี ไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง สิ่งแวดล้อมดี
4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก : เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พุดจาดี พุดคุยกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกียจงาน และไม่ใช้สารเสพติด

2.3 องค์ประกอบของสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983)

Veit and Ware (1983) ได้กล่าวองค์ประกอบของสุขภาพจิต มี 2 องค์ประกอบ คือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และความผาสุกทางใจ ตามโครงสร้างดังนี้



จากโครงสร้างแสดงให้เห็นว่า สุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ ความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งความผาสุกทางใจประกอบด้วย 2 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความรู้สึกทั่วไปทางบวก ความผูกพันทางอารมณ์ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์

ซึ่งแนวคิดสอดคล้องกับความผาสุกทางใจ แนวคิดของ Bradburn (1969) กล่าวว่าความผาสุกทางใจ (Psychological well – being) เป็นสภาวะทางจิตใจของประกอบด้ว ยองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก (positive affect) และความรู้สึกด้าน ด้านลบ (negative affect)

องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ

ความหมายของความผาสุกทางใจ

ตามแนวคิดของ Bradburn (1969) กล่าวว่าความผาสุกทางใจ (Psychological Well – being) เป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ของชีวิต ในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ด้าน ซึ่งแต่ละคนมีการแสดงออกที่ สะท้อนสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวก (positive affect) ได้แก่ ความพึงพอใจ ความสุข และ สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้าน ด้านลบ (negative affect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความทุกข์ เปื่อ ว่าเหว่ ความซึมเศร้า ซึ่งบุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ความผาสุกทางใจที่แตกต่างกัน บุคคลที่มีความ ผาสุกทางใจสูงจะมีระดับสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ และบุคคลที่มี ความผาสุกทางใจต่ำจะมีระดับของสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวก

Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996) กล่าวถึง ความผาสุกทางใจ ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวก และด้านลบ บุคคลใดมีความรู้สึกด้านบวกมากก็บ่งบอกถึงความผาสุกทางใจที่ดีตามมาด้วย องค์ประกอบของความผาสุกทางใจตามแนวคิดของดูพายประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความผาสุกด้านบวก การควบคุมตนเอง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป และความ มีชีวิตชีวา

กล่าวโดยสรุป ความผาสุกทางใจ หมายถึง สภาพอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่ เกิดขึ้นต่อสถานการณ์หนึ่งขงชีวิต ซึ่งในแต่ละคนจะมีความรู้สึก 2 ด้านความรู้สึกด้านบวก (positive affect) เช่นความสุข ความพึงพอใจ ความมีชีวิตชีวา และความรู้สึกทาง ด้านลบ (negative affect) เช่น ภาวะเศร้า ว่าเหว่ เปื่อ มีความทุกข์ใจ ขึ้นอยู่ว่าจะมีความรู้สึกด้านใด มากกว่ากัน ในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาความผาสุกทางใจ ตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983)

องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

ความหมายของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

ตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (Psychological distress) ประกอบด้วย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลและ การสูญเสียการควบคุม พฤติกรรมและอารมณ์ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับตัวแปรดังกล่าวสรุปได้ ดังนี้

ความซึมเศร้า

ความหมายของความซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่าความซึมเศร้าว่ามีลักษณะสำคัญดังนี้ คือ มีมโนทัศน์ในทางลบ ตีเตียนตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่างๆ ทำกิจกรรมทางกายลดน้อยลง มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งความซึมเศร้ามีได้หลายระดับ อาจเริ่มตั้งแต่ความวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้คนๆ นั้น มีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สถาบันสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย (2536) ได้ให้ คำจำกัดความของ ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้ารวมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้เป็นระยะเวลาานาน และเกี่ยวพันกับการสูญเสีย

ระดับความซึมเศร้า

ความซึมเศร้าแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ (Beck, 1967; Stuart and Sundeen, 1991) ดังนี้ คือ

1. ความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression)

เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยตนเองในบางครั้ง

2. ความซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression)

อาการซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย รู้สึกตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย ไม่อยากรับประทานอาหาร

3. ความซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

จะมีอาการซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองในด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว บางครั้งอาจออกจากโลกของความเป็นจริง และมีความคิดหลงผิด (delusion) ได้

ความวิตกกังวล

ความหมายความวิตกกังวล

Lader and Mark (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล จะเกิดควบคู่ไปกับความเครียดหรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัดและเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

Stuart and Sundeen (1979) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจเป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่อาจเกิดขึ้น บางครั้งจะรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัวหรือตระหนกตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจหรือไม่มั่นใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกมาเนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคง ความเชื่อ ความหวังและค่านิยมของชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่เป็นสุข กระวนกระวายใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของบุคคล โดยการตอบสนองจะมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม

บุญชรี คำชาย (2540) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจที่มีต่ออันตรายหรือสิ่งคุกคาม โดยที่ยังไม่รู้จักหรือไม่เข้าใจสิ่งนั้นได้อย่างชัดเจน เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่ากลไกของการเก็บกดที่ใช้อยู่ทำงานไม่ได้ผลดี แรงจูงใจที่ทำให้เกิดความอับอาย ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์

หมายถึงสภาพอารมณ์และความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่สามารถจัดการอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมของตนเองได้ เช่น การแสดงออก การคิด การพูด ความรู้สึก และไม่สามารถกำหนดแนวทางการกระทำของตนเองหรือการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้

สรุปความทุกข์ทรมานทางจิตใจ หมายถึง สภาพอารมณ์หรือความรู้สึกที่แสดงออกทางด้านลบ ประกอบด้วย ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์

2.4 การประเมินสุขภาพจิตทั่วไป

Veit and Ware (1983) ได้สร้างเครื่องมือวัดสุขภาพจิต (The Mental Health Inventory) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความผาสุกทางใจ คัดกรองผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต และใช้กับประชากรทั่วไปหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต จากแนวคิดของ Veit and Ware อภิปรายถึงข้อจำกัดของเครื่องมือวัดสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นมาก่อนว่า ส่วนใหญ่จะเน้นด้านสุขภาพร่างกาย ยังไม่ครอบคลุมสุขภาพจิตจึงเห็นว่าควรปรับปรุงให้มีการวัดสุขภาพจิตให้ครอบคลุมสภาพจิตใจ 2 ด้านคือ สภาพจิตใจทางด้านลบ (ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ) ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล การสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ และสภาพจิตใจด้านบวก (ความผาสุกทางใจ) ได้แก่ ความรู้สึกทั่วไปทางบวก ความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้วัดสุขภาพจิตชัดเจนขึ้น เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิตในโครงการทดลองด้านประกันสุขภาพของบริษัท Rand Corporation (Veit and Ware, 1983) มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ โดยวัดภาวะอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

Scheera and others (1999) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การสร้างเกณฑ์ปกติสำหรับวัดสุขภาพจิตในคนไทย เพื่อให้ได้เกณฑ์ในการวิเคราะห์และการตีความหมายผลการทดสอบใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 700 คน โดยกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นกลุ่มคนปกติ กลุ่มผู้ป่วยนอกและกลุ่มผู้ป่วยใน เครื่องมือวัดสุขภาพจิต พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามที่ทำการพัฒนามีค่าอำนาจจำแนก ระหว่างคนปกติ และกลุ่มคนที่มีปัญหาทางจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และดำเนินการสร้างเกณฑ์ปกติด้วยคะแนนมาตรฐานสำหรับคำถามมีทั้งหมด 70 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น Somatization scale จำนวน 10 ข้อ, Depression scale จำนวน 20 ข้อ Anxiety scale จำนวน 20 ข้อ, Psychotic scale จำนวน 10 ข้อ, Social function scale จำนวน 10 ข้อ

อัมพร โอตระกุล และคณะ (2540) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสุขภาพจิตของประชากรทั่วไปในบริบทของคนไทย โดยเครื่องมือนี้สร้างขึ้นจากคำจำกัดความของคำว่า สุขภาพจิต ตามความหมายของผู้ทรงคุณวุฒิของเครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) เป็นผู้กำหนดขึ้น และประกอบด้วยองค์ประกอบของสุขภาพจิต 3 Domain

1. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อตนเอง (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 13 Subdomain)
2. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 8 Subdomain)
3. การรับรู้ทางความคิด การแสดงออกทางอารมณ์ และการกระทำที่ตอบสนองต่อสังคม (ใน Domain นี้แบ่งออกเป็น 5 Subdomain)

จากทั้งหมด 3 Domain แบ่งออกเป็น 26 Subdomain และสร้างเป็นคำถามได้ทั้งหมด 218 ข้อ และลดลงเหลือ 99 ข้อ โดยความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปใช้สอบถามประชากรทั่วไปทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย รวม 1,825 คน จากนั้นทำการลดคำถามจนเหลือน้อยที่สุดคือ 36 ข้อ และ 15 ข้อ

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาสุขภาพจิตโดยใช้แนวคิดของ Veit and Ware (1983) เนื่องจากในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ปัญหาด้านจิตใจที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ ความซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความทุกข์ทรมานทางจิตใจตามแนวคิดของ Veit and Ware และในแต่ละระยะของการดำเนินโรคถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาได้ก็จะมีผลดีต่อสุขภาพจิต ซึ่งจะครอบคลุมแนวคิดสุขภาพจิตทั้ง 2 องค์ประกอบคือ ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และความผาสุกทางใจ สำหรับการประเมินสุขภาพจิตใช้เครื่องมือ Mental Health Inventory ตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตครอบคลุมทั้งด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจและความผาสุกทางใจ ได้พัฒนามาจากแนวคิด Bradburn, 1969; Dupuy, 1972; Goldberg, 1972; Ware and others, 1979 เครื่องมือนี้สามารถแยกแยะผู้เจ็บป่วยทางจิต หรือผู้ที่มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตได้ (Manne and Schnoll, 2001) ดังนั้นจึงคิดว่าเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มนี้

2.5 การประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

การประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ

การประเมินความผาสุกทางใจของบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเมินได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะศึกษา โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective well-being) เป็นการวัดสภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยบุคคลอื่นหรือด้วยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ หน้าที่ทางด้านร่างกาย เป็นต้น ได้แก่ ดัชนีความผาสุก (The Index of Well-being : IWB หรือ The Quality of Well-being Scale) (McDowell & Newell, 1996) เป็นต้น 2) การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) เป็นการประเมินสภาวะภายในจิตใจของบุคคลตามการรับรู้ของตนเอง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาการประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาสภาพอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดขึ้นภายในจิตใจขณะติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นเอดส์

การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) นักวิชาการได้พัฒนาจากเครื่องมือในการวัดความผาสุกในชีวิต เนื่องจากมีข้อโต้แย้งว่าการวัดความผาสุกทางใจด้านวัตถุวิสัยสามารถวัดได้ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ เพราะในระหว่างปี ค.ศ. 1957-1972 ได้มีการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าถึงแม้ประชาชนจะมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ระบบการรักษาพยาบาล สภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น แต่พบว่ามีความสุขในชีวิตลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะดี (Campbell, 1976) ดังนั้นนักวิชาการจึงพัฒนาเครื่องมือวัดความผาสุกในชีวิตขึ้น โดยประเมินจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลตามการรับรู้ และประสบการณ์ในอดีตที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะของอารมณ์ เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจ ความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางด้านลบ เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกทางจิตวิสัยสามารถแยกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 การมองความผาสุกทางใจในภาพรวมทั้งหมดของชีวิต ได้แก่ แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril self-anchoring ladder scale) (Cantril, 1976 cited in McDowell & Newell, 1996)

1.2 การมองความผาสุกทางใจที่มองด้วยองค์ประกอบหลายๆ ด้าน ได้แก่ แบบวัดความผาสุกโดยทั่วไป (The General Well-being schedule : GWB) ของดูพวย (Dupuy, 1977

cited in McDowell & Newell, 1996) แบบวัดนี้เป็นการวัดความผาสุกทางใจที่ประกอบด้วย 6 ด้านด้วยกัน คือ 1) ความวิตกกังวล 2) ความซึมเศร้า 3) ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป 4) มีความผาสุกด้านบวก 5) การควบคุมตนเอง และ 6) ความมีชีวิตชีวา ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ได้กับบุคคลทั่วไปและเป็น การประเมินความผาสุกทางใจทั้งด้านบวกและด้านลบได้อย่างครอบคลุม

1.3 การวัดความผาสุกทางใจโดยการประเมินทางด้านสุขภาพจิต เช่น แบบวัด การคัดกรองสุขภาพจิตของผู้ใหญ่ในชุมชน (The Health Opinion Survey : HOS) (Macmillan, 1951 cited in McDowell & Newell, 1996), The Twenty-two Items Screening Score of Psychaitric Symtoms (Langner, 1962 cited in McDowell & Newell, 1996) ซึ่งเป็นการวัดภาวะสุขภาพจิตแต่ไม่สามารถได้ละเอียดนักเพราะไม่สามารถแยกแยะความผิดปกติตาม ชนิดของการเจ็บป่วยทางจิตได้, The Affect Balance Scale (Bradburn, 1965 cited in McDowell & Newell, 1996) เป็นการวัดที่บ่งชี้ถึงปฏิกิริยาทางด้านจิตใจทั้งในด้านบวกและ ด้านลบในกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถบ่งชี้ถึงความสุขทั่วไปในชีวิตและความผาสุกทางใจ, The Rand Mental Health Inventory : MHI (Rand Corporation & Ware, 1979 cited in McDowell and Newell, 1996) เป็นการวัดสภาวะกดดันทางด้านจิตใจและความผาสุกในชีวิตซึ่ง ใช้สำรวจในกลุ่มประชากรทั่วไป และ The General Health Questionnaire : GHQ (Goldberg, 1972 cited in McDowell & Newell, 1996) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและวินิจฉัย อาการผิดปกติทางจิตใจในระยะเริ่มต้น

การประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

การประเมินความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ มีการวัดโดยใช้เครื่องมือต่างกันไป แต่จะแนวคิด แต่ที่พบบ่อยได้แก่ แบบทดสอบ Symptom Distress Checklist-90 (SCL-90) นั้น Self Report Scale ของ Derogatis and others (1973 อ้างใน จินตนา เหวินเดช, 2540) ได้มีผู้ นำมาใช้เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพจิตและสำรวจอาการที่เป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ทั้งในการ วัดในประเทศและต่างประเทศอย่างแพร่หลาย ซึ่งใช้วัดความทุกข์ทรมานทางจิตใจในกลุ่มอาการ 9 ด้าน ดังนี้

1. กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางร่างกาย (Somatization Dimension) ประกอบด้วย ข้อความที่สะท้อนให้เห็นความทุกข์หรือปัญหา อันเนื่องมาจากความรู้สึกเกี่ยวกับ อาการผิดปกติหรือการทำหน้าที่ผิดปกติของร่างกาย

2. อาการย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Dimension) ประกอบด้วย ข้อความที่สะท้อนให้เห็นความคิด และการกระทำที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เป็นอาการที่รบกวนและไม่ต้องการให้เกิดขึ้นแต่หลีกเลี่ยงไม่ได้ พฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้สูญเสียความสามารถในด้านสติปัญญาไปด้วย

3. กลุ่มอาการที่เป็นความรู้สึกว่าตนเองมีข้อบกพร่องหรือปมด้อย ไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น (Interpersonal Sensitivity Dimension) กลุ่มอาการซึ่งเป็นพื้นฐานในองค์ประกอบนี้ คือ ความรู้สึกกับบกพร่องหรือความรู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อย

4. กลุ่มอาการของความรู้สึกซึมเศร้า (Depress Dimension) จะสะท้อนให้เห็นถึง กลุ่มของความรู้สึกเศร้า เช่น ความสนใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ไม่มีแรงจูงใจ ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง คิดฆ่าตัวตาย อาการต่างๆ นี้มีผลถึงการสูญเสียทางสติปัญญา

5. กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety Dimension) ประกอบด้วย ข้อความที่สะท้อนให้เห็นถึงอาการ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เช่น ความกระวนกระวายใจ ความรู้สึกกลัว ประหม่า ความตึงเครียด

6. กลุ่มอาการของความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility Dimension) เป็นกลุ่มอาการที่สะท้อนให้เห็นถึงอารมณ์ ความคิดและการกระทำ ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกโกรธแค้น ขุ่นเคือง รวมถึง ความรู้สึกขัดแย้ง และการควบคุมอารมณ์ไม่ได้

7. กลุ่มอาการของความรู้สึกกลัวสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยไม่มีเหตุผล (Phobic Anxiety Dimension) สะท้อนให้เห็นหรือแสดงถึงความกลัวเฉพาะที่มีต่อบุคคล สถานที่ สิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ อย่างไม่มีเหตุผล

8. กลุ่มอาการของความรู้สึกหวาดระแวง (Paranoid Dimension) เป็นอาการหรือพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงถึงความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความระแวง สงสัย การโทษบุคคลอื่น ความหลงผิด ซึ่งทำให้เกิดการสูญเสียการควบคุมตนเอง

9. กลุ่มอาการแสดงพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงความวิกลจริต (Psychoticism) แสดงพฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือหรือบ่งชี้ถึงอาการวิกลจริต โดยปรากฏอาการที่ยังไม่แสดงออกชัดเจนถึงอาการที่แสดงออกอย่างชัดเจน เช่น อาการถดถอย แยกตัวหนีสังคม มีอาการหูแว่ว

การประเมินความทุกข์ทรมานทางจิตใจโดยใช้แนวคิดของ Veit and Ware (1983) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ ความซึมเศร้า 5 ข้อ ความวิตกกังวล 10 ข้อ และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 9 ข้อ ในการแปลผลคะแนนโดยการ นำคะแนนองค์ประกอบย่อยรวมกัน คะแนนสูง หมายถึง มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูง

2.6 สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์และด้านสังคม ล้วนส่งผลเกี่ยวโยงต่อกันทั้งสิ้นโดยเฉพาะส่งผลต่อสภาพจิตใจ ความคิด และความรู้สึก ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในภาวะวิกฤต จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลซึ่งพบได้มากที่สุด อาจเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ หรือต่อเนื่องก็ได้ เป็นปฏิกิริยาที่สืบเนื่องจากกลัวถูกครอบครัวรังเกียจ นอกจากนี้ยังกังวลเกี่ยวกับการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนก็จะกังวลเกี่ยวกับอนาคตของบุตรหลาน และภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เช่นกัน จากการที่ต้องเผชิญกับความกดดันทางจิตใจจากการเจ็บป่วย โดยมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีจิตใจหม่นหมอง ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย (pessimism) มีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (George, 1989; Dunchy, 1991; Pratt, 1995) รวมทั้งเกิดความกลัวเนื่องจากภายหลังจากรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์แล้ว ก็กลัวว่าผู้อื่นจะทราบว่าเป็นโรคเอดส์ กลัวผู้อื่นจะได้รับเชื้อจากตน บางครั้งก็มีความรู้สึกกลัวตาย (Kenedy อ้างใน ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, 2540) บางรายที่มีอาการซึมเศร้ามากก็จะมีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย มักพบได้ในรายที่ต้องการหนีจากความเจ็บป่วยหรือความอับอายเพื่อไม่ให้ใครๆ ต้องมารู้สุขภาพการเจ็บป่วยของตนเองอีกต่อไป (ปิยรัตน์ นิลธัญญา, 2537) ซึ่งจากการศึกษาของ สุธีรา สุ่นตระกูล (2536) พบว่าความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่แล้วไม่ใช่ความทุกข์ที่เกิดจากปัญหาสุขภาพแต่เป็นความทุกข์ทางด้านจิตใจและความทุกข์ทางด้านสังคม ที่ต้องเผชิญกับการสูญเสียสิ่งมีค่าในชีวิตและความมุ่งหวังสำหรับอนาคต อีกทั้งต้องเผชิญกับการรังเกียจของสังคมรอบข้าง และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปฏิกิริยาด้านจิตใจต่อการทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี/การป่วยเป็นเอดส์แบ่งได้ 5 ระยะดังนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542; มารยาท วงษาบุตร, 2539)

1. ระยะช็อกและการปฏิเสธ (Shock and denial) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ HIV แรกเริ่ม การปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤตการณ์ในชีวิตที่บ่อยในระยะแรก คือช็อกและการปฏิเสธ ไม่ยอมรับความจริง บางคนอาจแสดงไม่พอใจออกมาพร้อมกับการปฏิเสธความจริง

2. กังวล สับสน และ ความโกรธแค้น (Anxiety and Anger) ผู้ป่วยมีอาการเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด บางรายโกรธผู้ที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ หรือคนอื่นๆ ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อ บางทีอาจโกรธแพทย์หรือพยาบาลที่รักษาตัวเองโดยไม่มีเหตุผล ผู้ติดเชื้อบางรายอาจโกรธออกมาเป็นพฤติกรรม (acting out) เป็นลักษณะรุนแรง ก้าวร้าว มีอาการซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย

3. การต่อรอง (Bargaining) ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต่อรองว่าตนเองไม่ได้เป็นโรคร้ายหรือคิดว่าน่าจะมียาหรือหนทางอื่นที่สามารถรักษาให้หายได้ เริ่มแสวงหาบุคคลอื่น เป็นการแสวงหาผู้ที่ติดเชื่อเหมือนผู้ป่วยเป็นกระบวนการเสริมแรงบวกจากการยอมรับ แลกเปลี่ยนความรู้สึกหรือความคิดเห็น ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางจิตใจและสังคมจากผู้ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน

4. ซึมเศร้าและหมดหวัง (Depression and Hopelessness) เมื่ออาการของโรคเอดส์รุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะซึมเศร้า ในช่วงแรกผู้ป่วยเอดส์จะเริ่มแยกตัวเองจากสังคม ลดความพึงพอใจในครอบครัว ครุ่นคิดเกี่ยวกับความตาย ก็จะเกิดอาการท้อแท้ สิ้นหวัง หงุดหงิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่อชีวิต หมดหวังในอนาคต ผู้ป่วยบางรายซึมเศร้าแล้วจะเป็นภาระแก่ผู้อื่น กลัวเสียค่ารักษาพยาบาล

5. ระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (Acceptance) ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ก็จะค่อยๆ ยอมรับความจริง และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติมากที่สุด ยอมรับว่าตนเองติดเชื่อ และอาจมีโรคแทรกซ้อนร้ายแรง ผู้ป่วยหลายรายมีการปรับตัวดีขึ้น มีอารมณ์คงที่ มีความหวังมากขึ้น เริ่มเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ เช่น ออกสังคม บริหารร่างกายให้แข็งแรงหาวิธีลดความเครียด

ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกรายจะมีปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมได้ต่างๆ กัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปตามขั้นตอนของปฏิกิริยาทางจิตใจและพฤติกรรมที่ได้กล่าวไว้ แต่บางรายก็ไม่เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจตามขั้นตอนก็ได้ บางรายก็ย้อนกลับไประยะแรกใหม่ หรือบางรายก็ไม่ยอมรับความจริง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการปรับตัวของคนๆ นั้น ถ้าผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถผ่านระยะดังกล่าวไปได้ ก็จะสามารถยอมรับความจริง มีการปรับตัวดีขึ้น มีอารมณ์คงที่ มีความผาสุกทางใจ และสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ส่วนในรายที่ไม่สามารถผ่านพ้นระยะดังกล่าวไปได้ก็จะมี ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

2.7 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การติดเชื่อเอชไอวีและการป่วยเป็นเอดส์นี้ ส่งผลกระทบต่อต่างๆ หลายด้านทั้งทางร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และยังส่งผลต่อจิตใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญมาก ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขตามศักยภาพ โดยการให้การพยาบาลดังนี้

1. ประเมินภาวะจิตใจของผู้ป่วย โดยการสังเกตอาการเพื่อประเมิน ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม

2. ให้คำปรึกษารายบุคคล หรือเป็นกลุ่มเพื่อส่งเสริมและดูแลด้านจิตใจผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และในการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มจะทำให้ผู้ติดเชื้อด้วยกันเองจะเข้าใจสภาพ และจิตใจของผู้ติดเชื้อได้ดี
3. ให้การพยาบาลจิตบำบัดรายบุคคล (Individual Psychotherapy) และ จิตบำบัดรายกลุ่ม (Group Psychotherapy) เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยอมรับตัวเอง สามารถปรับตัวได้ และได้รับการประคับประคองด้านจิตใจจากพยาบาลและกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยเปิดเผยตัวเองแก่ครอบครัวให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ ครอบครัว (Family Counselling) ซึ่งครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในสภาพการเจ็บป่วยอย่างถูกต้อง ก็จะทำให้มีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจได้ดีขึ้น เช่น ให้กำลังใจ ปลอบโยน ให้คำปรึกษา แนะนำ เป็นที่ปรึกษาให้ความรัก และยอมรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ ลดความวิตกกังวล ร่วมมือ ในการดูแล รักษาสุขภาพตนเอง จะได้มีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น (Lasalle and Lasalle, 2001)
5. แนะนำวิธีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการกับความเครียด (Stress management) โดยการทำกิจกรรมช่วยผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ ฝึกสมาธิ ทัศนศึกษา กิจกรรมฐาน ออกกำลังกาย โยคะ ฟังเพลง
6. แนะนำให้มีการเผชิญกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Coping) เช่น การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาโดยใช้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การแสวงหา ความเพ็ดลิดเพลินเพื่อผ่อนคลาย การผ่อนคลายทางด้านร่างกาย การคบเพื่อน การแสวงหาการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เพื่อป้องกันปัญหาทางจิตที่จะเกิดตามมา
7. สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจาก พบว่าการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันของผู้ติดเชื้อสร้างให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า
8. การให้การพยาบาลควรคำนึงจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และหลัก จริยศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยด้วยการตระหนักในคุณค่า และ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความเสมอภาค เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมี ความสุขใจ จากการที่พยาบาลดูแลโดยไม่รังเกียจ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า และเกิดกำลังใจ (มาลี ประทุมศรี และคณะ, 2542)

2.8 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรม ในบุคคลกลุ่มต่างๆ รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ พบว่า สุขภาพจิตเป็นสภาพจิตใจของบุคคลที่ปราศจากความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และมี

ความผาสุกทางใจ นอกจากนี้ยังสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต พอสรุปได้ดังนี้

Shives (1994) แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

1. ลักษณะนิสัยแต่กำเนิด (Inherited characteristics) เป็นลักษณะเกี่ยวกับความสามารถในการรักษาสุขภาพจิต ซึ่งแต่ละคนจะมีนิสัยใจคอหรือภาวะจิตใจตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันตามนิสัยดั้งเดิม ในส่วน ยีน หรือพันธุกรรม ก็จะมีผลต่อความสามารถในการรับรู้ การเกิดโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า
2. การเลี้ยงดูในวัยเด็ก (Nurturing during childhood) เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งจะมีผลต่อพัฒนาการของสุขภาพจิต เริ่มตั้งแต่แรกเกิด เด็กจะมีสัมพันธภาพทางบวกกับครอบครัว เมื่อได้รับความรัก ความปลอดภัย และการยอมรับจากพ่อแม่ พี่น้อง ส่วนเด็กที่มีสัมพันธภาพทางลบกับครอบครัว มักจะเกิดการถูกทอดทิ้งจากพ่อแม่ หรือเกิดการแข่งขันชิงดีชิงเด่นระหว่างพี่กับน้อง
3. สภาพแวดล้อมในชีวิต (Life circumstances) ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางบวก เช่น ประสบความสำเร็จในการเรียน การทำงาน มีความมั่นคงในเรื่องเงินทอง สุขภาพร่างกายแข็งแรง และสมหวังในชีวิตครอบครัว ส่วนสภาพแวดล้อมที่เป็นทางลบ เช่น ความยากจน สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่มีงานทำ ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตคู่ เป็นต้น

Johnson (1997 cite in Videbeck, 2001) ได้แบ่งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตมี 3 ประการดังนี้

1. ลักษณะความเป็นตัวเอง (Individual) เป็นอุปนิสัยแต่ละบุคคล การมีเป้าหมายในชีวิต ความสามารถในการปรับอารมณ์และความเข้มแข็ง ความเป็นเอกลักษณ์ และบุคลิกภาพในทางบวก
2. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal) เช่น การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ความใกล้ชิดสนิทสนม
3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Social/Cultural factors) เช่น การได้รับการสนับสนุนที่แตกต่างกัน การมีแหล่งสนับสนุนที่เพียงพอ การมีความสำนึกกับชุมชน

Rollant and Deppoliti (1996) ได้จำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีตามปัจจัยและตามลักษณะของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล เป็นผู้ที่มีการยอมรับและรักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและการกระทำอย่างอิสระ ตระหนักและรู้ถึงจุดแข็งจุดอ่อนของตน สามารถทำงานและสร้างผลงานได้

2. ปัจจัยทางด้านการปรับตัวต่อความเครียด เป็นผู้ที่สามารถควบคุมตัวเองในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ และมีกลไกเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยทางด้านการสร้างสัมพันธภาพ เป็นผู้ที่สามารถยอมรับบุคคลอื่น ได้รู้จักรักและดูแลคนอื่น

4. ปัจจัยทางด้านการรับรู้สิ่งแวดล้อมและความจริง เป็นผู้ที่มีการรับรู้ในแง่บวก มุ่งเรื่องที่เป็นจริง สามารถหาความหมายของชีวิตได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตข้างต้นและที่เกี่ยวข้อง สามารถจัดกลุ่มของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตเป็นกลุ่มใหญ่ ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **ปัจจัยภายในบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส สุขภาพของร่างกาย การอบรมเลี้ยงดู 1) เพศ จากการศึกษาของ Kenedy and others (1995) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของเพศกับความซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเพศมีความสามารถในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การเผชิญปัญหา และความผาสุกทางใจในคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรังซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้หญิงจะมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย 2) อายุ จากงานวิจัยของ Hamarat and others (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกทางใจดีกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง 3) การวินิจฉัยโรคพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ (Thompson, 1996) 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ จากงานวิจัยของเรือเอกหญิงวิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (2539) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ 6) อาชีพ และสถานภาพสมรส จากงานวิจัยของ สุดาวลัย สายสืบ (2535) พบว่าอาชีพเป็นตัวแปรสำคัญที่มีส่วนในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 7) สุขภาพของร่างกาย ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อจิตใจของบุคคล กล่าวคือผู้ที่มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะมีจิตใจเบิกบาน ไม่มีความหวาดกลัว หรือวิตกกังวล ขาดความสนุกสนาน ร่าเริง (วีระ ไชยศรีสุข, 2539) 8) การอบรมเลี้ยงดู เนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของบุคคลแต่ละคน โดยเฉพาะวัยเด็ก ถ้าได้รับการอบรมเลี้ยงดูอย่างดี ได้รับความรัก ความเอาใจใส่จะช่วยพัฒนาให้เป็นผู้ใหญ่ที่มีจิตใจดี มีคุณธรรม (วีระ ไชยศรีสุข, 2539)

2. **ปัจจัยภายนอกบุคคล** ได้แก่ การเผชิญปัญหา การรู้สึกสูญเสีย การทำกิจกรรมในสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การควบคุมอารมณ์ การยอมรับความจริง ความสุข 1) การเผชิญปัญหา จากงานวิจัยของ Wamboldt and melanson (1995) ได้ศึกษาในประชาชนผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบ กลไกการเผชิญปัญหาแบบการมองโลกในแง่ดี (optimistic coping) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ กลไกการเผชิญปัญหาแบบการใช้อารมณ์ (emotive coping) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ 2) การรู้สึกสูญเสีย การทำกิจกรรมในสังคม พฤติกรรมการป้องกันโรค จากงานวิจัยของสคูดาร์วัลย์ สายสืบ พบว่าเป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 3) การเปิดเผยตัวเอง จากการศึกษาของ Hays and others (1993) ได้ศึกษาการเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวีบวกแก่ คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อน ร่วมงาน ในกลุ่มรักร่วมเพศ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยตัวเอง จะได้รับการ ช่วยเหลือจากคนรัก ญาติ เพื่อนร่วมงาน ทำให้ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ลดลง ดังนั้นการเปิดเผยตัวเองจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ 3) การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Rui (1999) พบว่าเมื่อให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูล การให้ความรู้ คำแนะนำ ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยสตรีหลังผ่าตัดเต้านมเนื่องจากเป็นมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร มีความผาสุกทางใจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ความหวัง จากงานวิจัยของ Hall (1989) ได้ศึกษาเรื่องการมีความหวังเพื่อต่อสู้กับโรคในระยะเวลาสุดท้ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dipasquale (1990 อ้างใน มารยาท วงษาบุตร , 2539) พบว่าความหวังมีส่วนช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดความวิตกกังวล ดังนั้นความหวังจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต 5) การควบคุมอารมณ์ ซึ่งพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนั้นมีอิทธิพลจากอารมณ์ นอกจากนั้นยังมีผลต่อร่างกาย ถ้าอารมณ์ไม่ดี เช่น โกรธ เกลียด กลัว ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดโรคตามมาได้ เมื่อสุขภาพกายเสื่อมก็จะทำให้ผลต่อสุขภาพจิตด้วย ดังนั้นผู้มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสามารถในการรักษาและควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในสภาพปกติได้มากที่สุด 6) ความสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความสุข ลักษณะของคนที่มีความสุข ได้แก่ ชอบติดต่อกับผู้อื่น ให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น หน้าที่าเบิกบาน ยิ้มแย้ม แจ่มใส ประพฤติตนอยู่ในบรรทัดฐานของสังคม สามารถดำเนินชีวิตกับผู้อื่นได้ดี (วีระ ไชยศรี สุข, 2539)

จากปัจจัยต่างๆ ที่ระบุข้างต้น ผู้วิจัยได้คัดเลือกเพื่อศึกษาปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ เพศ (Berlin and

Borden, 1990; Kenedy and others, 1995) อายุ (Hamarat, and others, 2001) การวินิจฉัยโรค (Thompson, 1996) การเปิดเผยตัวเอง (Hays and others, 1993) การสนับสนุนทางสังคม (Rui, 1999) และความหวัง (Hall, 1989; Dipasquale, 1990)

2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ จะเห็นได้จากการศึกษาของงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญปัญหา และความผาสุกทางใจในคู่สมรสของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรังซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้หญิงจะมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ Bradburn (1969) ได้ศึกษาความผาสุกทางใจของประชาชนทั่วไปพบว่า เมื่อมีการหย่าร้างเกิดขึ้น เพศชายจะมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง เพศหญิงจะเกิดภาวะซึมเศร้านานกว่าทำให้มีความผาสุกทางใจต่ำ

อายุ มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ จะเห็นได้จากการศึกษาของ Bradburn (1969) พบว่าบุคคลที่มีอายุน้อยจะมีความผาสุกทางใจด้านบวกมากกว่าบุคคลที่มีอายุมาก เพราะบุคคลที่มีอายุมากเมื่อพบปัญหาเกิดขึ้นต้อง คิด ตัดสินใจ ไตร่ตรองนานกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยซึ่งใจร้อน ตัดสินใจเร็ว ไม่คิดมากจึงมีความผาสุกทางใจด้านบวกมากกว่า แต่อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน เช่น การศึกษาของ Hamarat and others (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจหรือความผาสุกทางใจด้านบวกมากที่สุดเพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์และการเรียนรู้ในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ดังนั้นจึงน่าจะมีความผาสุกทางใจที่แตกต่างกัน

การวินิจฉัยโรค Ragsdale and Morrow (1990) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์มีปัญหาด้านจิตใจมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการเนื่องจากถ้ามีอาการแสดง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถปกปิดอาการได้ ถูกสังคมรังเกียจ ระยะเวลาจะมีอาการซึมเศร้ามากกว่า (บุญทิศา โปธิเจริญ, 2539) สอดคล้องกับการศึกษา Kelly and Muphy (1992 cite in Flaskerud and Ungvarski, 1995) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ เพราะเนื่องจากผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ เมื่อถึงระยะเริ่มมีอาการของโรคหรือการเจ็บป่วยมากนั้น จะยังรู้สึกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ

รู้สึกกลัวการเจ็บป่วยและการตาย (บังอร ศิริโรจน์ และคณะ, 2537) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Thompson (1996) ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์จะมีการปรับตัวและยอมรับความจริง ซึ่งจะทำให้ความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง (มารยาท วงษาบุตร, 2539)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดเผยตัวเอง (Self disclosure)

3.1 ความหมายของการเปิดเผยตัวเอง

Jourard (1971) ได้ให้ความหมายของการเปิดเผยตัวเองเหมือนแผ่นใส (transparency) หรือเหรียญสองด้าน (two-sided coin) ซึ่งเป็นสภาพที่บุคคลจะมีทั้งการยอมให้บุคคลอื่นเข้ามารู้จักตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันก็เปิดการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ และบุคคลต่างๆ ด้วย และรักษาสัมพันธภาพไว้ ครอบคลุมการเปิดเผยตัวเอง 6 ด้าน ได้แก่

1) ด้านทัศนคติ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยความคิดเห็นหรือความเชื่อของตนเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ เช่น การเมือง ศีลธรรม ศาสนา พฤติกรรมทางเพศ

2) ด้านความสนใจ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยเกี่ยวกับสิ่งที่ตนให้ความสนใจชอบหรือไม่ชอบ เช่น การใช้เวลาว่าง ดนตรีที่ชื่นชอบและไม่ชอบ อาหารและเครื่องดื่ม ประเภทของหนัง หนังสือ และการตกแต่งบ้านที่ชื่นชอบและไม่ชอบ

3) ด้านการงาน หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยการทำงาน เช่น สิ่งที่เคยยึดหรือกดดันในการทำงาน สิ่งที่เป็นที่สนใจในการทำงาน เป้าหมายการทำงาน และความรู้สึกเกี่ยวกับรางวัลที่ได้จากการทำงาน เพื่อนร่วมงาน

4) ด้านการเงิน หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยเกี่ยวกับเรื่อง รายรับ เบี้ยเลี้ยง เงินทุนสำหรับสิ่งของที่จำเป็น การเก็บเงิน ค่าใช้จ่าย หนี้สินหรือการกู้ยืมเงิน

5) ด้านบุคลิกภาพ หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยเกี่ยวกับลักษณะบุคลิกภาพของตน เช่น สิ่งที่ทำให้ภาคภูมิใจในตนเอง โกรธ เศร้า วิตกกังวล รู้สึกกลัว รู้สึกผิด ความรู้สึกส่วนลึกของจิตใจ

6) ด้านร่างกาย หมายถึง การที่บุคคลยินยอมเปิดเผยเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ร่างกาย การรักษา สมรรถภาพทางเพศ การตรวจสุขภาพ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ

Littlejohn (1983) อธิบายการเปิดเผยตนเองเป็นขั้นตอนแรกของการบวกรการสื่อสารระหว่างบุคคลก่อนที่จะนำไปสู่การพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยมีจุดเริ่มจากการรู้จักตนเองหรือการสื่อสารภายในตัวบุคคลก่อน (intrapersonal communication) จากนั้นจึงขยาย

ความสัมพันธ์เป็นการสื่อสารระหว่างบุคคล (interpersonal communication) ด้วยความรู้สึก
เต็มใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตัวเองให้ผู้อื่นรู้

กิติมา สุรสนธิ (2534) ได้ให้ความหมายของการเปิดเผยตัวเองของบุคคลว่า
หมายถึง ระดับของการแสดงความเป็นตัวเองของบุคคลให้ผู้อื่นรู้จัก เพื่อประโยชน์ในการดำเนิน
ความสัมพันธ์ หรือระดับความยินยอมที่บุคคลให้ผู้อื่นเข้ามารู้จักในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง

กล่าวโดยสรุป การเปิดเผยตัวเอง หมายถึง ระดับการเปิดเผยตัวเองของบุคคล
ให้ผู้อื่นได้รับรู้เรื่องราวเกี่ยวกับตัวเราเองซึ่งผู้อื่นไม่สามารถรู้ได้และเปิดรับเรื่องราวของผู้อื่นด้วย
เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการเปิดเผยตัวเอง

1. บุคลิกภาพของ (Personality)

บุคลิกภาพของบุคคลมีผลต่อการเปิดเผยตัวเองของบุคคล เนื่องจาก
บุคลิกภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญทางกายภาพและอรรถภาพของมนุษย์ ซึ่งมีความสลับซับซ้อน
เป็นอย่างมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ลักษณะท่าทาง และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์

Bobby Patton ได้แบ่งบุคคลออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 ประเภทสังคม (Oversocial) เป็นกลุ่มคนที่ชอบพบปะติดต่อกับผู้อื่น รู้สึก
กลัวต่อความเฉยเมยที่บุคคลอื่นมีกับตน บุคคลประเภทนี้จะมีแนวโน้มในการเปิดเผยตัวค่อนข้างสูง

1.2 ประเภทชอบสังคม (Social) เป็นกลุ่มคนที่ไม่ถึงกับต้องการจะเข้าสังคม
มาก แต่ก็ไม่ได้กั้นตนเองจนเกินไปนัก สามารถปรับตัวเข้ากับคนทั่วไปได้ดี บุคคลประเภทนี้มักจะ
เลือกคบหาสมาคมกับพวกที่ตนเองพอใจและถูกใจเท่านั้น

1.3 ประเภทชอบเก็บตัว (Inclusion Pathology) เป็นบุคคลที่มีลักษณะของการ
เปิดเผยตัวค่อนข้างต่ำสุดกว่า 2 ประเภทแรก และมักไม่ยอมให้ใครเข้ามารู้จักตนเองแม้ว่าจะมีโอกาส
ก็ตามและคิดว่าตัวเองแตกต่างไปจากคนอื่น ๆ ในสังคม จึงต้องสร้างโลกที่เป็นของตนเองขึ้นมาและอยู่
กับสิ่งนั้น เพราะรู้สึกปลอดภัยกว่า

2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Evaluation)

การเปิดเผยตัวเองของบุคคลขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของบุคคลในลักษณะ
ของการประเมินต้นทุนกำไร บุคคลจะดำเนินความสัมพันธ์กับใครในระดับไหนนั้น ต้องคิดถึงผล
ของความสัมพันธ์ที่คุ้มหรือไม่ หากผลการประเมินออกในทางบวก ความสัมพันธ์นั้นก็เกิดขึ้น
และดำเนินต่อไป ในทางกลับกัน หากความสัมพันธ์ที่จะเกิดขึ้นมีความเสี่ยงค่อนข้างสูง กล่าวคือ

เมื่อบุคคลเกิดความไม่แน่ใจว่าจะได้รับผลตอบแทนคุ้มค่าหรือไม่ก็จะไม่เปิดเผยตัวเองกับบุคคลอื่น ความสัมพันธ์ก็จะเกิดขึ้นยากหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลยก็ได้

3. ความไว้วางใจ (Trust)

Erikson ได้อธิบายถึงขั้นตอนในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลที่เกี่ยวกับความไว้วางใจ และไม่ไว้วางใจ (Trust and Mistrust) ของบุคคลว่า เกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลยังอยู่ในวัยทารกซึ่งพัฒนาอย่างไรขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม ประสบการณ์ในอดีตของเด็กกว่าเป็นอย่างไร หากอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีครอบครัวอบอุ่น เด็กได้แสดงความคิดเห็น มีความไว้วางใจต่อบุคคลอื่นค่อนข้างสูงและมองโลกในแง่ดี ตรงกันข้ามกับเด็กที่มีประสบการณ์ในชีวิตครอบครัวที่เลวร้าย เด็กจะขาดความอบอุ่น และมองโลกในแง่ร้าย ไม่ไว้วางใจคนรอบข้าง ระดับของการไว้วางใจ และไม่ไว้วางใจ (Trust and Mistrust) ของบุคคลนี้จะเกี่ยวข้องกับการเปิดเผยตัวเองของบุคคลด้วย กล่าวคือ หากบุคคลมีระดับความไว้วางใจคนอื่นสูงมักจะเปิดเผยตัวเองค่อนข้างมาก แต่หากบุคคลมีความไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น ก็จะทำให้ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง เพราะไม่แน่ใจว่าบุคคลอื่นจะรู้สึกอย่างไรกับตน

4. ความสมดุลของการเปิดเผยตัวเองที่ได้รับจากบุคคลที่สัมพันธ์ด้วย (Balance)

ตามกฎแห่งการตอบโต้ความรู้สึกของบุคคล ของ Wilmot ที่ว่าบุคคลเรามักจะโต้ตอบความรู้สึกที่เราได้รับในลักษณะของความสมดุลย์ กล่าวคือ บุคคลจะมองและรับรู้ความรู้สึกที่อีกฝ่ายหนึ่งมีให้และพยายามตอบสนองต่อความรู้สึกนั้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ในการเปิดเผยตัวเองของบุคคลก็เช่นกัน บุคคลมักดูท่าทีของอีกฝ่ายหนึ่งก่อน ตนเองจะสามารถเปิดเผยตัวเองได้มากน้อยแค่ไหน ซึ่งปัจจัยที่จะนำมาพิจารณาประการหนึ่ง คือ ระดับความจริงใจและความเปิดเผยของอีกฝ่ายหนึ่งที่มีให้ หากฝ่ายหนึ่งเปิดเผยตัวเองก็มีแนวโน้มที่จะเปิดเผยตัวเองมากด้วยเช่นกัน

3.3 การเปิดเผยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ภาวะการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ติดเชื้อ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งนับว่าเป็นสถานการณ์วิกฤตที่บุคคลจะต้องเผชิญกับภาวะนั้น ซึ่งในปัจจุบันนี้โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ ถูกมองว่าเป็นโรคที่น่าเกลียดน่ากลัว ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความเครียด วิตกกังวล ไม่กล้าเปิดเผยตัวแม้แต่คนใกล้ชิด เช่น ครอบครัวหรือคู่สมรส

Jourard (1971) กล่าวว่า การเปิดเผยตนเองเป็นสภาพที่บุคคลมีทั้งการยอมให้บุคคลใกล้ชิดเข้ามารู้จักตนเองได้และขณะเดียวกันก็เป็นการเปิดการรับรู้ของตนเองสู่สิ่งต่างๆ และบุคคลต่างๆ รวมทั้งเป็นการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นด้วย ซึ่งการเปิดเผยตัวเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้นก่อให้เกิดผลเสีย ถ้าหากบุคคล ครอบครัว สังคม ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้นจะเป็นสาเหตุในการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวถูกสังคมรังเกียจ ผู้ติดเชื้อมีสภาพจิตใจไม่ดี เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจมากขึ้น แต่ผลดีนั้นก็ยังมีหลายประการเช่นทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลที่ใกล้ชิด ได้ระบายอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ไม่ต้องเก็บกดไว้เพียงลำพังคนเดียว ซึ่งถ้าครอบครัวหรือสังคม ยอมรับ ก็จะไม่ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล มีความผาสุกทางใจตามมา (เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2543) มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคเอดส์ได้ต่อไป ในแง่ของการรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อการ ดูแลรักษา

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดเผยตัวเองกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การเปิดเผยตัวเองนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง เพราะไม่เพียงแต่ผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่ต้องเผชิญกับตราบาป ครอบครัวและบุคคลรอบข้างก็ได้รับผลกระทบกระเทือนด้วยเช่นกัน ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนไม่กล้าที่จะบอกญาติ พ่อ แม่ พี่น้อง ครอบครัวให้รู้ว่าตนติดเชื้อเอดส์ เพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจหรือไม่ได้รับการยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงเชื่อว่าการปกปิดฐานะการติดเชื้อเป็นการดีเพราะยังสามารถดำเนินชีวิต และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ (ดวงสมร พันธุเสน และคณะ, 2539) บางครั้งเกิดความกดดัน เนื่องจากเก็บกดไม่รู้ว่าบอกรู้สึกกับใคร เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกว่าแห้ว ไม่มีกำลังใจ (วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2543) ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจมากขึ้น

จากการศึกษาของ Sherman and others (2000) ซึ่งศึกษาการเปิดเผยตัวเองของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่าหลังจากเด็กที่เปิดเผยตัวเองจะมีความผาสุกทางใจดีกว่าก่อนการเปิดเผยตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้งานวิจัยของ Hays and others (1993) ได้ศึกษาการเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวีบวกแก่ คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ในกลุ่มรักร่วมเพศ ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยตัวเองจะได้รับการช่วยเหลือจากคนรัก ญาติ เพื่อนร่วมงาน ทำให้ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลลดลง ดังนั้นการเปิดเผยตัวเองจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การติดต่อสื่อสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้กำลังใจให้ความรัก ความเอาใจใส่ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotional support) คือ การให้ความรัก และการดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support or network) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Schaefer and others (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาหรือเป็นข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติของตน

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) หมายถึง ได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ และการบริการ

House (1985 cite in Weinert, 1987) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่คุณค่าได้รับการเอาใจใส่เมื่อประสบปัญหาซึ่งการสนับสนุนทางอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่จะช่วยลดความเครียด และสร้างความมั่นคงของสุขภาพ โดยประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับความรัก ความห่วงใย รู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) ได้แก่การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง หรือเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่

ในสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือสังคมเดียวกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ เปรียบเหมือน การเสริมแรงทางสังคม

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ ข้อมูล คำแนะนำข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือก หรือแนวทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการ แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) เป็นพฤติกรรมการให้การช่วยเหลือโดยตรงกับพฤติกรรมของบุคคล

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงเป็นการที่ผู้ที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว หรือกลุ่มบุคคลในสังคมในการ สนับสนุนทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุ สิ่งของ

4.2 การสนับสนุนทางสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจาก การติดเชื้อเอชไอวีหรือการป่วยเป็นเอดส์ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์แยกตัวออกจากสังคม การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะการแยกตัวจากความรู้สึกที่เป็น ตราบาป แรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะเอื้ออำนวยให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer and others (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุน ทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็น ผู้ที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ รวมทั้งต้องการความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในใกล้ชิดและบุคคลในสังคม จะช่วยให้ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียดได้ระบายความรู้สึกทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีความสำคัญและมี คุณค่าในสังคม รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านวัตถุ เช่น เครื่องใช้หรือสิ่งของที่จำเป็น การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้มีการยอมรับตนเองมากขึ้น สภาพอารมณ์ที่ดีขึ้น (McCorkie and Grant, 1994 cite in บุญทิศา โภธิเจริญ, 2539) การสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ น่าจะ เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสุขทางใจ

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) นับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีความวิตกกังวล ซึมเศร้าและแยกตัว เพราะรู้สึกกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ กลัวถูกปฏิเสธ (Flaskerud and Ungvarski, 1995) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่ำ (Donlou and others, 1985; Hays and others, 1989 cite in Friedland and others, 1996) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Rui (1999) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารกับความผาสุกทางใจของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม โดยการศึกษาแบบกึ่งทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความผาสุกทางใจแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ Jinkuk and others (2001) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อทำนายการเพิ่มความผาสุกทางใจของมารดาที่มีบุตรปัญญาอ่อน พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์สามารถทำนายการเพิ่มความผาสุกทางใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Siegal and others (1994) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รกร่วมเพศ จำนวน 83 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอารมณ์ซึมเศร้า และกับผลการศึกษา Lambert and others (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคม การเจ็บป่วยที่รุนแรงและความผาสุกทางใจในผู้หญิงที่เป็นรูมาตอยด์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์หนึ่งที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้ดีที่สุด ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

5. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง (Hope)

5.1 ความหมายของความหวัง

Dufault and Martocchio (1985) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังไว้ว่า ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 6 มิติ คือ มิติด้านอารมณ์ ปัญญา พฤติกรรม ความผูกพัน เวลาและสถานการณ์แวดล้อม

Kim (1989) กล่าวว่า ความหวังเป็นคุณภาพภายในของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่ามาก และเป็นแหล่งพลังของชีวิตมนุษย์ซึ่งมีความเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล

Miller (1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต มีลักษณะการคาดหวังถึงสิ่งที่ดีที่จะเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ มีการคาดหวังอนาคตในทางที่ดี และอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ผู้ที่มีความหวังจึงมีความสามารถพร้อมที่เผชิญปัญหา มีความผาสุกในจิตใจมีจุดมุ่งหมายและรู้สึกว่าการมีชีวิตมีความหมาย

Herth (1992) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังเช่นเดียวกับ Dufault and Martocchio (1985) แต่ได้ปรับมิติที่มีความคาบเกี่ยวกันในแนวคิดของ Dufault and Martocchio นำมารวมไว้ในด้านเดียวกัน ดังนั้น ความหวังในแนวคิดของ Herth จึงหมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล และแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวในอนาคต (Inner sense of temporality and future) โดยรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและจะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องการสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้

2. ความพร้อมและความคาดหวังทางบวก (Inner positive readiness and expectancy) โดยรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย

3. ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (Interconnectedness with self and others) โดยรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องของผูกพันภายในตนและระหว่างตนกับบุคคลอื่น และระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังสิ่งที่ดีในอนาคตที่จะสามารถผ่านสถานการณ์ปัจจุบันได้ ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมและอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น

5.2 ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบ รับรู้ว่าเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เป็นโรคที่สังคมประทับตราว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ ซึ่งสภาพเหล่านี้ทำให้คิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีคงสิ้นหวังท้อแท้ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อบางส่วนยังมีความหวังและสามารถคงความหวังในชีวิตไว้ได้ (Hall, 1994) ซึ่งลักษณะนี้จะสอดคล้องกับที่มีผู้กล่าวเกี่ยวกับความหวังไว้ว่าจะปรากฏในทุกช่วงเวลา โดยเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ แม้แต่ในสถานการณ์ที่คุกคามในกรณีที่ติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นโรคเอดส์ก็เช่นกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็อาจมีความหวังได้ โดยเริ่มมีการต่อรองและสร้างความหวัง (Bargaining and hoping) คิดว่าถึงแม้ตัวเองจะติดเชื้อจริง แต่ก็ยังแข็งแรง น่าจะมีชีวิตอยู่อีกนาน ถึงตอนนั้นก็อาจมียามารักษาโรคได้ เมื่อสร้างความหวังได้ ก็จะมีชีวิตที่ดีขึ้น

บางคนอาจไม่เคยทราบว่าตัวเองติดเชื้อ จนมีอาการของโรคเอดส์ถึงทราบ ผู้ป่วยระยะนี้จะมีอาการทางจิตใจที่รุนแรงกว่ามาก เพราะว่ามีอาการทางกายที่ทรมาณ เช่นมี แผลเริ่มที่เจ็บปวด หรือโรคติดเชื้อที่รุนแรง เป็นมะเร็ง เป็นต้น อาการเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยสร้างความหวังได้ยาก ประกอบกับเมื่อมีอาการแล้วก็ไม่สามารถปกปิดความลับได้ ทำให้ถูกสังคมรังเกียจ ถูกออกจากงาน ระยะนี้จะมีอาการซึมเศร้าได้มาก (พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2537) เกิดความท้อแท้ ความรู้สึกสูญเสีย วิตกกังวล รู้สึกผิด และหมดหวังในชีวิต (Gary and Jeffery, 1988)

แนวคิดเกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวัง มีลักษณะทิศทางของความต่อเนื่อง ปลายด้านหนึ่งของความต่อเนื่องนี้จะเป็น “ความหวัง” (Hope) ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อมั่น ความศรัทธา การมีแรงดลใจและความตั้งใจ ส่วนอีกปลายหนึ่งของแกนความต่อเนื่อง “ความสิ้นหวัง” (Hopelessness) ประกอบด้วยความหมดหนทาง ความแคลงใจ ความทุกข์ใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความโศกเศร้า ความซึมเศร้า ในบางครั้งบุคคลที่สิ้นหวังอาจจะเกิดความหวังขึ้นมาใหม่อีกก็ได้ (Beck and others, 1984) ดังนั้นถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถปรับตัวได้ ยอมรับความจริงก็จะมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีหนทางรักษาให้หายขาดได้ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มักจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลัวความตายที่กำลังจะมาถึง ท้อแท้ สิ้นหวัง จึงเกิดความเครียดภายในจิตใจ โดยปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย คือ ความเศร้าโศก

ซีอค โกรธ วิตกกังวล (Lippman and others, 1993) ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคล (Herth, 1990) เปรียบเสมือนเป็นแรงผลักดัน แรงขับ (Dufault and Martocchio, 1985) รวมทั้งเป็นการคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของคน และผู้ที่มีความหวังจึงมีความสามารถพร้อมที่เผชิญปัญหา มีความผาสุกในจิตใจมีจุดมุ่งหมายและรู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย (Miller, 1992) ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความหวังในชีวิต ความหวังทำให้มีความสุขเหมือนมีชีวิตใหม่ ทำให้พยายามหาวิธีการรักษาและเชื่อว่าจะสามารถอยู่ต่อไปได้ (Hall, 1990 cite in Coward, 1994) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Coward (1994) ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยเอชไอวีเพศหญิงจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์เพศหญิง มีความหวังในเรื่องของที่จะมีชีวิตอยู่กับคนที่เขารักและรักเขา และจากงานวิจัยของ Bishara and others (1997) ซึ่งได้ศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 57 ราย แล้วพบว่าความหวังเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ และจากงานวิจัยของ Taylor and others (1991 cite in Walker and Jenifer, 2002) พบว่าความหวังจะช่วยลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งเป็นองค์ประกอบของความทุกข์ทรมานทางจิตใจตามแนวคิดของ Veit and Ware (1983) ได้ ดังนั้นความหวังจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

6. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status)

6.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ศิริพร ชัมภลลิขิต (2533) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

Hiatt, Peglar and Borrgen (1984) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าหมายถึง ความคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพจริง และการยอมรับในบทบาทของการเจ็บป่วย

Connelly and others (1989 อ้างใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2533) ให้ความหมายของการรับรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่า อยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

โดยทั่วไปการให้ความหมายของสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (Pender and Pender, 1987; Pender, 1996)

1. สุขภาพที่เน้นความคงที่ (Health focusing on stability) กล่าวคือสุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อยได้แก่ ร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งเป็นผลจากการปรับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

2. สุขภาพที่เน้นความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Health focusing on actualization) กล่าวคือสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกถึงการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ซึ่งเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์สูงสุดในภาวะใดภาวะหนึ่ง ที่อยู่บนความต่อเนื่องระหว่างความเจ็บป่วย และสุขภาพดี

3. สุขภาพที่เน้นความคงที่ และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Health focusing on stability and actualization) กล่าวคือ สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบความสำเร็จสูงสุดในการดำรงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการให้ความหมาย และมีการตกลงให้คุณค่ากับสุขภาพของตนในความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงทั้งที่อยู่ในภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย นอกจากนี้ Pender (1987) ได้กล่าวถึงการรับรู้ด้านสุขภาพว่าหมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดเห็น ความเข้าใจของบุคคลต่อสุขภาพของตนเองแล้วเกิดการตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรม

Pender (1987 cited in Stuifbergen and Becker, 1994) กล่าวว่าระดับของภาวะสุขภาพนั้นจะดำเนินไปตามความต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพดี และการเจ็บป่วย ซึ่งความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะประสบการณ์ของการเจ็บป่วยที่เฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรังความพิการต่างๆ จากประสบการณ์ของเจ็บป่วยนี้เอง จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล และเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Brunner and Suddarth, 1988) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกเพื่อที่จะให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender, 1987) การรับรู้ด้านสุขภาพไม่ดีจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ภาวะสุขภาพของตนเองถูกคุกคามก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีก็ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เกิดแรงกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (นิพนธ์ แจ่มเยี่ยม, 2524)

กล่าวโดยสรุป การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของสุขภาพจริง และยอมรับในบทบาทของการเจ็บป่วยว่าอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

6.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี จึงได้มีการศึกษาถึงแนวทางหรือวิธีในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลในทัศนะต่าง ๆ มากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจเป็นอย่าง มากก็คือ การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายด้วยตนเอง (Self assessment of health) ซึ่ง Gulick (1986) ให้คำจำกัดความว่า เป็นการสังเกตตนเองการรับรู้ต่ออาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งการตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านี้ว่าส่งผลกระทบต่อ และก่อให้เกิดความกดดันแก่ตนเองมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตน ซึ่ง Engel (cite in Gulick, 1986) พบว่า การรับรู้ต่ออาการต่างๆ ทางกายของบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการประเมินสุขภาพโดยตนเองนั้นพัฒนาจากมโนทัศน์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วย (Health-illness concept) ซึ่งเนื้อหาในการวัดจะประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอันเป็นลักษณะองค์รวมของบุคคลส่วน (Becker, 1974) ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริม สุขภาพของบุคคล โดยแบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมปฏิบัติตน (Perceived benefit) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived barrier) และแรงจูงใจทางด้านสุขภาพ (Health motivation) Brook and others (1979) ได้พัฒนาเครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค และการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สำหรับแบบวัดภาวะสุขภาพของ Denyes Health Instrument ที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ Denyes, 1980 สร้างขึ้นเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ประเมินภาวะสุขภาพของ ตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพ (Subjective health measure) ซึ่งแบบวัดสุขภาพของ Denyes, 1980 ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้ผู้ตอบตอบคำถามสั้นๆ เกี่ยวกับ สุขภาพ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพของตนเองความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงใน ช่วงเวลานั้น

6.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสลับกันไปหรือต่อเนื่องกันไป การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจึงดำเนินไปตามแกนต่อเนื่อง

ของภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วยแต่การรับรู้จะมีความแตกต่างกันในแต่ละคน กล่าวคือ บางคนอาจรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อยและไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก จนทำให้เกิดความกลัวและท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันนี้จะมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหาที่เข้ามาในชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง (Pender, 1987) ดังนั้นแม้ว่าการติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้หาย จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนได้อย่างมากมาย แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้ อาจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันได้ โดยอาจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในทางลบคือ รับรู้ว่าตนมีสุขภาพไม่ดี ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และความทุกข์ทรมานทางจิตใจตามมา ในบางรายอาจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกคือ รับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (นิพนธ์ แจ็งเอี่ยม, 2524)

6.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาของ Hoffman and others (2000) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะมีผลต่อการทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Phillips and others (2001) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจิตสังคมและสรีรภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในหญิงผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าความหวัง ความพึงพอใจในชีวิต การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพบว่า อาการของโรค ความซึมเศร้า ระยะการดำเนินโรค และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งความซึมเศร้าเป็นองค์ประกอบของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และจากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตคนชราชาวไทยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของคนชรามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (เขมิกา ยามะรัตน์, 2537) ซึ่งความพึงพอใจเป็นองค์ประกอบย่อยของความผาสุกทางใจ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชมนาด วรรณพรศิริ (2532) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 226 คน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคมกับสุขภาพจิต และระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตในระดับต่ำ

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และหรือผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 442 คน จาก 6 จังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน คือ จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง และแม่ฮ่องสอน มีผลการวิจัยดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ยอมบอกให้คนในครอบครัวหรือในชุมชนทราบ ถึงภาวะการติดเชื้อของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 67.8

2. ในด้านสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้า และคิดฆ่าตัวตาย ถึงแม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะปิดบังสังคมได้ แต่กับรับรู้ว่าเป็นโรคร้าย ไม่มียารักษาหาย จึงทำให้เกิดผลต่อสภาพจิตใจอย่างมาก เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลัวตาย นำไปสู่ภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีความคิดทำร้ายตนเอง

3. สภาพสังคมมีความสัมพันธ์กับสภาพจิตใจ เมื่อสภาพสังคมที่ดีทำให้สภาพจิตใจดี แสดงว่าสภาพสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจ

4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัจจัยภูมิล้าง ด้านระดับอาการ รายได้ อาชีพ ภูมิลำเนาที่ต่างกัน จะมีสภาพจิตใจที่แตกต่างกัน

เพียว ศรีแสงทอง (2539) ได้ศึกษา มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองและการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณี สมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ ศูนย์ประสานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอดส์ แห่งประเทศไทย โครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 125 ราย ศึกษาแบบเจาะลึก 3 ราย พบว่า ลักษณะการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ มีเพียงครั้งเดียวที่ยอมเปิดเผยตัวและมีจำนวนอีกครั้งหนึ่งเป็นผู้ไม่ยอมเปิดเผยตัว แนวโน้มการเปิดเผยตัวเฉพาะกับกลุ่มผู้ให้การรักษาหรือคนในครอบครัว เหตุผลการเปิดเผยตัว ส่วนใหญ่ไม่อยากจะเห็นผู้อื่นติดเชื้อเหมือนตน ต้องการกำลังใจ ความเข้าใจ อยากให้มีคนช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ผู้ติดเชื้อเอดส์กลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัวและค่อนข้างเปิดเผยตัว ส่วนใหญ่มีมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองต่ำ และพบว่ามโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองโดยรวมมีผลต่อระดับการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์

มารยาท วงษาบุตร (2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 70 ราย ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 และความหวังกับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

บุญทิวา โพธิเจริญ (2539) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มารับคำปรึกษาในคลินิกปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 195 ราย พบว่า ความหวังโดยรวมของผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ การสนับสนุนด้านวัตถุ และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ศันสนีย์ สมิติเกษตริน (2542) ได้ศึกษา สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ กรมควบคุมโรคติดต่อ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย สำหรับสุขภาพจิตในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษา 2 ด้าน คือความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวล ร้อยละ 26 มีความซึมเศร้า ร้อยละ 51.3 ผู้ติดเชื้อเพศหญิง วิตกกังวลมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ได้รับความสนใจจากครอบครัวมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ได้รับความสนใจจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ติดเชื้อที่มีอายุต่างกัน 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอายุ 18 – 25 ปี 2) กลุ่มอายุ 26 – 30 ปี 3) กลุ่มอายุ 31 – 39 ปี และ 4) กลุ่มอายุ 40 ปี ขึ้นไป มีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมและกลุ่มไม่ เข้าร่วมกิจกรรมชมรมมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

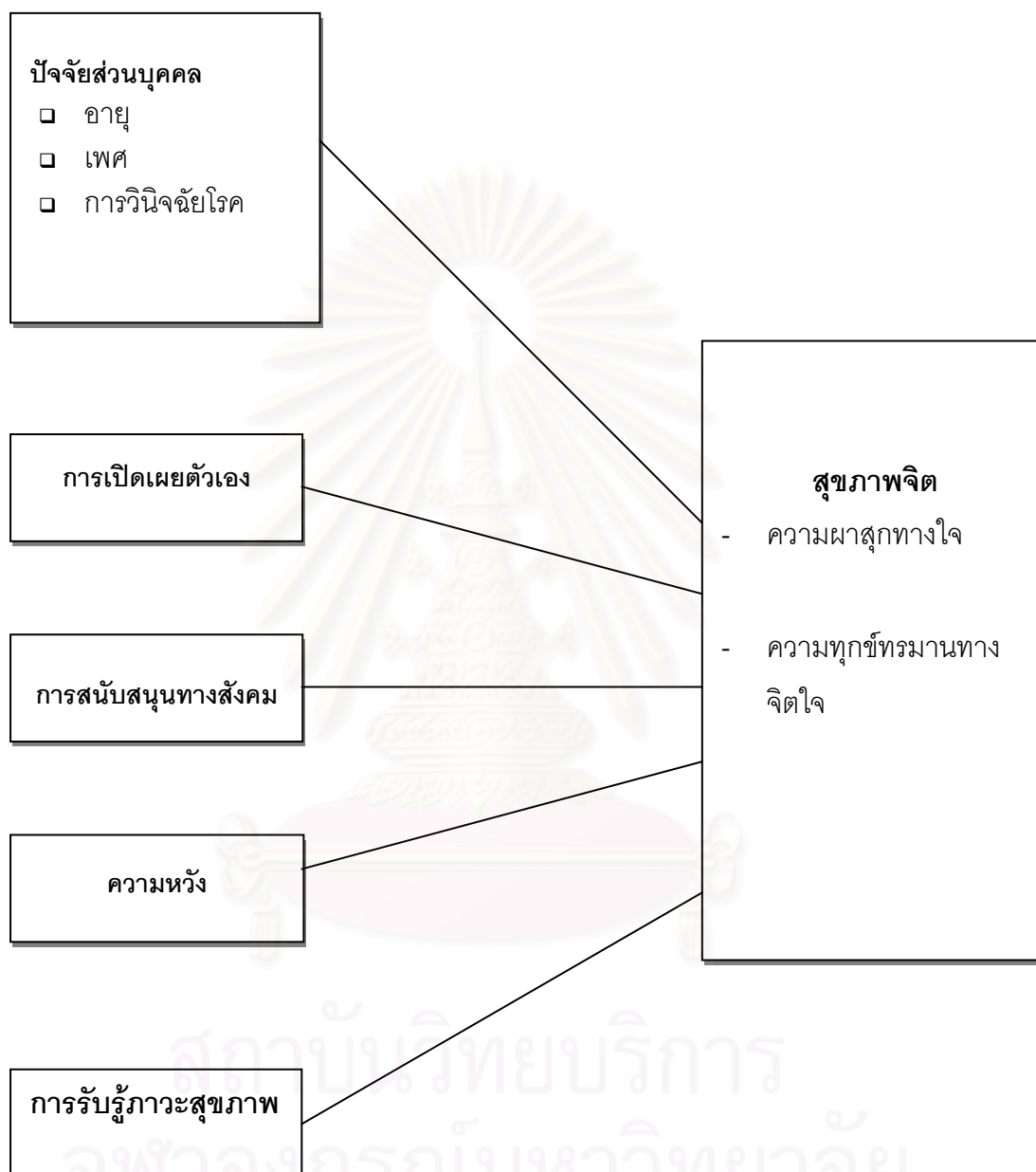
Veit and Ware (1983) ได้ศึกษาพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต (Mental Health Inventory) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถาม 38 ข้อ มีองค์ประกอบความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ กลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไปจำนวน 5,089 ราย ผลการวิจัยได้สนับสนุนโครงสร้าง 2 ด้านใหญ่ คือ ด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ และแบ่งเป็น 5 ด้านย่อย คือ ความผาสุกทางใจ ความผูกพันทางอารมณ์ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการสูญเสียการควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งได้ค้นพบว่าการรวมคะแนนทุกด้าน ทำให้ความตรงภายในเพิ่มสูงขึ้น และผลรวมด้านย่อยทั้ง 5 ด้าน รวมกันเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

Hay and others (1993) ได้ศึกษา การเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แก่คนรัก ญาติ เพื่อน ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ผลวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยตัวเอง จะได้รับการช่วยเหลือจากคนรัก ญาติ เพื่อน ทำให้ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลลดลง

Friedman and King (1994) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านวัตถุ ความรุนแรงของโรคกับความผาสุกทางใจ ในผู้หญิงสูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 80 คน พบว่าความรุนแรงของโรค (symptom severity) จะมีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ด้านลบสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) จะมีความสัมพันธ์กับสภาพอารมณ์ด้านบวกสูง และมีความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านวัตถุ (tangible support) มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ

Xuan and Merrill (2000) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของพ่อแม่วัยสูงอายุในประเทศจีน จำนวน 3,039 คน พบว่าผลของการสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทองและสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุตรมีผลต่อจิตใจของพ่อแม่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และการสนับสนุนทางสังคมจากบุตรจะทำให้พ่อแม่เกิดความพึงพอใจ และเพิ่มสุขภาวะทางใจแก่พ่อแม่

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ตึกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มารับบริการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ตึกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี สถาบันบำราศนราดูร สังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันมีเตียงรับผู้ป่วย 650 เตียง ให้บริการรักษาพยาบาลทั้งโรคติดต่อร้ายแรง โรคติดต่อไม่ร้ายแรงและโรคทั่วไป จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ คือ จาก พ.ศ. 2543 ถึง 2545 เป็น 31,674, 35,360 และ 42086 ราย (โรงพยาบาลบำราศนราดูร, 2545)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยคำนวณได้จากสูตร Thorndike (1978) สูตร $N \geq 10k + 50$ (ในเมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, $k =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมด) ดังนั้นได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง $(N) \geq (10 \times 8) + 50 = 130$ คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

- 2.1 รับรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2.2 มีอายุ ระหว่าง 18 –59 ปี
- 2.2 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2.3 มีการได้ยินปกติสามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย

2.4 ยินดีเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย

3. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากแพทย์ที่เป็นรหัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพและตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบโดยละเอียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง รวมทั้งเครื่องมือที่ดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาหลักเกณฑ์ วิธีการสร้างแบบสอบถามมีโครงสร้าง ศึกษาทฤษฎี งานวิจัย บทความและเอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิด คำจำกัดความของการวิจัย และปรับปรุงมาจากรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 6 ส่วน จำนวน 128 ข้อคำถามดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งครอบคลุม เพศ อายุ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้ป่วยลงบันทึกด้วยตนเอง และการวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้วิจัยจะลงบันทึก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่แปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดสุขภาพจิต The Rand Mental Health Inventory (1983) ของ Veit and Ware ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Bradburn (1969) Dupuy (1972) Goldberg (1978) และ Ware and others (1979) ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมา มีค่าความเที่ยง (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.96 องค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เท่ากับ 0.99 ส่วนองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ เท่ากับ 0.92 โดยปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (Blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุม คำจำกัดความของตัวแปรสุขภาพจิต โดยมีการกำหนดจำนวนและสัดส่วนของข้อคำถาม ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

2.3 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมการประเมินสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพจิตทั้ง 2 ด้าน คือ 1.ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ซึ่งประกอบด้วยด้านย่อยๆ ได้แก่ 1.1) ความซึมเศร้า 1.2) ความวิตกกังวล 1.3) การสูญเสียควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ความผาสุกทางใจ ซึ่งประกอบด้วยด้านย่อยๆ ได้แก่ 2.1) ความรู้สึกทั่วไปด้านบวก 2.2) ความผูกพันทางอารมณ์ (Veit and Ware, 1983)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 1-6 ซึ่งลักษณะคำตอบจะแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น 1) ตลอดเวลา 2) เกือบตลอดเวลา 3) มี/เกิดขึ้นบ่อย 4) บางเวลา 5) ส่วนน้อย 6) ไม่เคยเลย และ 1) ไม่ใช่ไม่เคยเลย 2) อาจจะมีเล็กน้อย 3) ใช่แต่ไม่มากพอที่จะใส่ใจหรือกังวล 4) ใช่มีความใส่ใจเล็กน้อย 5) ใช่ ฉะนั้นใส่ใจ 6) ใช่ ฉะนั้นใส่ใจมาก โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก (ข้อความที่สอดคล้องกับแนวคิดที่วัด) จำนวน 32 ข้อ ข้อความทางลบ 5 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน | |
|-----------------|--|----------------|---------------|
| | | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
| ตลอดเวลา | มีความรู้สึกเช่นนี้ตลอดเวลา | 6 | 1 |
| เกือบตลอดเวลา | มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา | 5 | 2 |
| มี/เกิดขึ้นบ่อย | มีความรู้สึกเช่นนี้บ่อย | 4 | 3 |
| บางเวลา | มีความรู้สึกเช่นนี้บางครั้ง | 3 | 4 |
| ส่วนน้อย | มีความรู้สึกเช่นนี้น้อย | 2 | 5 |
| ไม่เคยเลย | ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย | 1 | 6 |

การวัดและการแปลความหมายของสุขภาพจิต การคิดคะแนนโดยรวมของสุขภาพจิต ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้จากการรวมคะแนนขององค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ รวมกับด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ (ค่าคะแนนด้านความทุกข์ทรมานใจต้องกลับคะแนนก่อนทุกข้อ) การคิดระดับคะแนนของสุขภาพจิตโดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด และมีการแปลผลคะแนนระดับของสุขภาพจิตดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของสุขภาพจิต |
|-------------|---------------------------------|
| 5.50 - 6.00 | สุขภาพจิตดีมาก |
| 4.50 - 5.49 | มีสุขภาพจิตดี |
| 3.50 - 4.49 | มีสุขภาพจิตค่อนข้างดี |
| 2.50 - 3.49 | มีสุขภาพจิตดีปานกลาง |
| 1.50 - 2.49 | มีสุขภาพจิตค่อนข้างไม่ดี |
| 1.00 - 1.49 | มีสุขภาพจิตไม่ดี |

จากนั้นมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนที่จัดระดับแล้ว มาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

การวัดองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีการคิดคะแนนดังนี้

ความผาสุกทางใจ มีจำนวนข้อทั้งหมด 13 ข้อ การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน การคิดระดับคะแนนของสุขภาพจิตโดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนระดับความผาสุกทางใจดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของความผาสุกทางใจ |
|-------------|--------------------------------------|
| 5.50 - 6.00 | มีความผาสุกทางใจสูงมาก |
| 4.50 - 5.49 | มีความผาสุกทางใจสูง |
| 3.50 - 4.49 | มีความผาสุกทางใจค่อนข้างสูง |
| 2.50 - 3.49 | มีความผาสุกทางใจปานกลาง |
| 1.50 - 2.49 | มีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำ |
| 1.00 - 1.49 | มีความผาสุกทางใจต่ำ |

จากนั้นมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนที่จัดระดับแล้ว มาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ มีจำนวนข้อทั้งหมด 22 ข้อ การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน การคิดระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ โดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 6 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 6 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนของระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ |
|-------------|--|
| 5.50 - 6.00 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงมาก |
| 4.50 - 5.49 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูง |
| 3.50 - 4.49 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจค่อนข้างสูง |
| 2.50 - 3.49 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจปานกลาง |
| 1.50 - 2.49 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจค่อนข้างต่ำ |
| 1.00 - 1.49 | มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจต่ำ |

จากนั้นมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าคะแนนที่จัดระดับแล้ว มาแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง จำนวน 41 ข้อ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Jourard (1971) ซึ่งครอบคลุมการเปิดเผยตัวเอง เพื่อวัดระดับการเปิดเผยตัวเองแก่บุคคลใกล้ชิดได้แก่ พ่อ แม่ สามีหรือภรรยา เพื่อน โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (Blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมคำจำกัดความของตัวแปรการเปิดเผยตัวเอง โดยมีการกำหนดจำนวนและสัดส่วนของข้อคำถาม ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

3.3 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติ 2) ด้านความสนใจ 3) ด้านการงาน 4) ด้านการเงิน 5) ด้านบุคลิกภาพ 6) ด้านร่างกาย

ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความเป็นข้อความทางบวก จำนวน 29 ข้อ และข้อความเป็นข้อความทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน | |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| | | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
| เป็นจริงมาก | ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมมาก | 3 | 1 |
| เป็นจริงปานกลาง | ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมปานกลาง | 2 | 2 |
| เป็นจริงน้อย | ตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมน้อย | 1 | 3 |

การคิดคะแนน ทำได้โดยนำคะแนนมารวมกัน การคิดระดับการเปิดเผยตัวเอง โดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 3 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 3 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนระดับการเปิดเผยตัวเองดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของการเปิดเผยตัวเอง |
|-------------|--|
| 2.50 - 3.00 | มีการเปิดเผยตัวเองมาก |
| 1.50 - 2.49 | มีการเปิดเผยตัวเองปานกลาง |
| 1.00 - 1.49 | มีการเปิดเผยตัวเองน้อย |

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ จีราพร อมรภิบาล (2536) เพื่อใช้มาใช้ในการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเอดส์ ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Schaefer and others (1981) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.88 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงโดยปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (Blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมคำจำกัดความของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม โดยมีการกำหนดจำนวนและสัดส่วนของข้อคำถาม ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

3.3 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุม การสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด โดยแบ่งลักษณะคำถามออกเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 27 ข้อ และข้อความที่เป็นข้อความทางลบ จำนวน 1 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน | |
|---------------------|--|----------------|---------------|
| | | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
| เป็นจริงทั้งหมด | ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับ ความเป็นจริงของท่านทุกประการ | 5 | 1 |
| เป็นจริงส่วนใหญ่ | ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับ ความเป็นจริงของท่านส่วนใหญ่ | 4 | 2 |
| เป็นจริงปานกลาง | ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับ ความเป็นจริงของท่านปานกลาง | 3 | 3 |
| ไม่เป็นจริงส่วนใหญ่ | ข้อความในประโยคทั้งหมดไม่ตรงกับ ความเป็นจริงของท่านส่วนใหญ่ | 2 | 4 |
| ไม่เป็นจริงเลย | ข้อความในประโยคทั้งหมดไม่ตรงกับ ความเป็นจริงของท่านเลย | 1 | 5 |

การคิดคะแนนโดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน การคิดระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 5 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนระดับการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของการสนับสนุนทางสังคม |
|-------------|---|
| 4.50 – 5.00 | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด |
| 3.50-4.49 | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก |
| 2.50 - 3.49 | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง |
| 1.50 - 2.49 | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย |
| 1.00 - 1.49 | ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด |

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ มารยาท วงษานุตร (2539) เพื่อใช้วัดความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งได้แปลและดัดแปลงข้อคำถามจากดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (1992) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.81 โดยปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (Blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมคำจำกัดความของตัวแปรความหวัง โดยมีการกำหนดจำนวนและสัดส่วนของข้อคำถาม ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

3.3 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุม ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกร่างกายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ด้านความรู้สึกร่างกายในที่พร้อมและคาดหวังใน 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ประเภท คือ ข้อความที่เป็นข้อความทางบวก จำนวน 9 ข้อ ข้อความที่เป็นข้อความทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การประเมินความคิดเห็นดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน | |
|----------------------|--|----------------|---------------|
| | | ข้อความด้านบวก | ข้อความด้านลบ |
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านมากที่สุด | 4 | 1 |
| เห็นด้วย | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านปานกลาง | 3 | 2 |
| ไม่เห็นด้วย | ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่าน | 2 | 3 |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | ท่านเห็นข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านมากที่สุด | 1 | 4 |

การคิดคะแนน ทำได้โดยนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน การคิดระดับความหวังโดยพิจารณาเกณฑ์มาตรฐานวัด 4 ระดับ ด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 4 ช่วงจัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนระดับความหวังดังนี้

| ค่าเฉลี่ย | การแปลความหมายระดับของความหวัง |
|-------------|--------------------------------|
| 3.50 – 4.00 | มีความหวังระดับสูง |
| 2.50 - 3.49 | มีความหวังระดับปานกลาง |
| 1.50 - 2.49 | มีความหวังระดับต่ำ |
| 1.00 - 1.49 | มีความหวังระดับต่ำสุด |

ชุดที่ 6 แบบสอบถามวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ปิยะพันธุ์ นันทา (2541) เพื่อใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งได้ดัดแปลงตามแนวคิดของ Denyes (1980) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.87 โดยปรับข้อความให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

3.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

3.2 จัดทำโครงร่างแบบสอบถาม (Blue print) เพื่อให้มีเนื้อหาที่ครอบคลุมคำจำกัดความของตัวแปรการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยมีการกำหนดจำนวนและสัดส่วนของข้อคำถามให้ครอบคลุมทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ศึกษา

3.3 ปรับปรุงแบบสอบถามให้ครอบคลุม การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง แสดงถึงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพ เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ให้ผู้ตอบทำเครื่องหมาย (X) ลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความเห็นของตนมากที่สุด มีความหมายของค่าคะแนนดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน |
|-------------|-------------------------------------|-------|
| 0 หมายถึง | ท่านไม่เห็นด้วยต่อข้อความนั้นเลย | 0 |
| 100 หมายถึง | ท่านเห็นด้วยต่อข้อความนั้นมากที่สุด | 100 |

การคิดคะแนน ทำได้โดยนำคะแนนที่ได้รวมกัน การคิดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบ่งตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile) เป็น 4 ช่วง จัดระดับจากเปอร์เซ็นต์ไทล์น้อยที่สุดไปมากที่สุด ดังนี้

| ค่าคะแนน | การแปลความหมาย |
|--|------------------------------------|
| ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 100 (คะแนนมากกว่า 676.75-1000) | มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี |
| ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 (คะแนนมากกว่า 696 - 797.75) | มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี |
| ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 50 (คะแนนมากกว่า 580-696) | มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างไม่ดี |
| ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 25 (คะแนนตั้งแต่ 0-580) | มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity)

นำเครื่องมือ 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 130 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านจำนวน 109 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 21 ข้อ ได้แก่ แบบวัดสุขภาพจิต แบบวัดการเปิดเผยตัวเอง แบบวัดความหวัง แบบวัดการเปิดเผยตัวเอง แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ภาษา และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว พร้อมด้วยโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 คน นักวิชาการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพ จบปริญญาโท ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 1 คน

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษาตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยถือเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องและการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

ซึ่งได้มีการปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม และตัดข้อคำถามบางข้อออก และบางข้อได้ปรับปรุงภาษาให้มีความชัดเจนขึ้น เหลือจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 125 ข้อ เป็นข้อความด้านบวกจำนวน 104 ข้อ เป็นข้อความด้านลบจำนวน 21 ข้อ มีรายละเอียดในการปรับปรุงแก้ไขดังนี้

ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต

ปรับปรุงความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 29 ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,7,13,24,32 ตัดข้อคำถามที่ซ้ำออก ข้อ ได้แก่ ข้อ 7,15,28,37 และสร้างข้อคำถามเพิ่ม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14

2. แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามด้านความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,8,22 ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12,13,15,19,23 ตัดข้อคำถามที่ซ้ำออก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 39

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16 ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 24,26

4.แบบสอบถามความหวัง

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงความครอบคลุมและความชัดเจนของข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 4,5,6,9 ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6

5. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงความเหมาะสมกับภาษาที่ใช้ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,7

ตารางที่ 1 โครงสร้างแบบสอบถามก่อนและหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

| เครื่องมือ | โครงสร้างแบบสอบถาม | | | |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------|------------------------|
| | ก่อนผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ | | ปรับแก้ภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ | |
| | ข้อความ ด้านบวก(ข้อ) | ข้อความ ด้านลบ(ข้อ) | ข้อความ ด้านบวก(ข้อ) | ข้อความ ด้านลบ(ข้อ) |
| 1. สุขภาพจิต | 33 | 5 | 30 | 5 |
| 1.1 ด้านความผาสุกทางใจ | 12 | 2 | 11 | 2 |
| 1.2 ด้านความทุกข์ทรมานทางใจ | 21 | 3 | 19 | 3 |
| 2. การเปิดเผยตัวเอง | 30 | 12 | 29 | 12 |
| 3. การสนับสนุนทางสังคม | 26 | 2 | 26 | 2 |
| 4. ความหวัง | 11 | 1 | 10 | 1 |
| 5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ | 9 | 1 | 9 | 1 |
| รวม | 109 | 21 | 104 | 21 |

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

เมื่อนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการวิจัยครั้งนี้ทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลบ้านโคก จ.อุตรดิตถ์ โรงพยาบาลสวรรคโลก จ.สุโขทัย และจังหวัดแพร่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (ประคอง กรรณสูต, 2542) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ดังนี้

| | |
|---------------------------------|-----|
| 1. แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต | .91 |
| ความผาสุกทางใจ | .87 |
| ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ | .85 |
| 2. แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง | .79 |
| 3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม | .86 |
| 4. แบบสอบถามความหวัง | .65 |
| 5. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ | .65 |

ทำการวิเคราะห์ข้อคำถาม โดยพิจารณาจากค่า Item Correlation ที่มีค่าติดลบ และพิจารณาจากค่า Alpha if item deleted โดยปรับข้อคำถาม เมื่อปรับข้อคำถามแล้ว แบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น ดังนี้

1. แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิตชุดรวม ปรับข้อคำถาม ข้อ 26 ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น เป็น .92 แบบสอบถามชุดย่อย ด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น .86
2. แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง ปรับข้อคำถามข้อ 4 ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น .80
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ปรับข้อคำถามข้อ 11 จากลักษณะคำถามทางลบเป็นทางบวก ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น .87
4. แบบสอบถามความหวัง ปรับข้อคำถาม ข้อ 3 ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น .68
5. แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปรับข้อคำถาม ข้อ 10 จากลักษณะคำถามทางลบเป็นคำถามทางบวก ค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น .68

หลังจากปรับข้อคำถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมกับข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยสร้างข้อคำถามใหม่ให้มีความความกระชับและชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้โครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามยังคงอยู่ครบถ้วน และมีความครอบคลุมตามคำจำกัดความจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จากนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาจึงอนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง และเมื่อเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของข้อมูลแต่ละชุด ในการทดลองใช้กับการเก็บรวบรวมในกลุ่มตัวอย่างจริง ดังนี้

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในการทดลองใช้และการใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

| แบบสอบถาม | ค่าความเที่ยง | | ใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างจริง (n=130) |
|------------------------------|---------------------------|--------------|--|
| | ทดลองใช้ครั้งที่ 1 (n=30) | | |
| | ก่อนแก้ไข | หลังปรับปรุง | |
| แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต | .91 | .92 | .94 |
| ความผาสุกทางใจ | .87 | .87 | .87 |
| ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ | .85 | .86 | .92 |
| แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง | .79 | .80 | .79 |
| แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม | .86 | .87 | .91 |
| แบบสอบถามความหวัง | .65 | .68 | .86 |
| แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ | .65 | .68 | .72 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงเสนอต่อคณะกรรมการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร

1.2. เมื่อได้รับอนุญาต เจ้าหน้าที่จากฝ่ายวิจัยพาผู้วิจัยไปแนะนำตัวกับหัวหน้ากลุ่มงานและพยาบาลตีผู้ป่วยนอก และผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ซึ่งจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการ ตั้งแต่เวลา 08.30 น. – 16.30 น. จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ ตามจำนวน 130 คน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1. ประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากแฟ้มที่เป็นรหัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

2.2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ก่อนที่เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อขอความกรุณาในการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่ายินยอมเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่

2.3. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยินยอม พร้อมทั้งสร้างสัมพันธภาพ และตรวจสอบคุณสมบัติอีกครั้ง ถ้ามีคุณสมบัติตามตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการเก็บรักษาความลับและสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และขออนุญาตสัมภาษณ์และขอความร่วมมือในการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยินยอมให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ถ้าหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับคำถามทั้ง 6 ชุด เวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉลี่ยคนละ 30 – 40 นาที

2.4 ภายหลังเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม จะกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ซึ่งใช้เวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ วันที่ 28 เมษายน 2546 – วันที่ 28 พฤษภาคม 2546 มีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม พบว่าแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามสมมติฐานได้ จำนวน 130 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เริ่มจากประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ โดยได้รวบรวมข้อมูลบางส่วนก่อนพบผู้ป่วยจากแฟ้มที่เป็นรหัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ก่อนจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะประสานงานกับ

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกหรือพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อขอความกรุณาในการเป็นผู้ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ และสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่ายินยอมเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจึงจะเข้าพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยที่จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น โดยเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น พร้อมให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นการนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด และในระหว่างเก็บข้อมูลแล้วพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงควรมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการบำบัดอย่างถูกต้องและรวดเร็ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS /PC+ (Statistical Package for the Social Science Personal Computer plus) และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งมี ขั้นตอนการวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้

1. ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Simple Correlation) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น เพื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ดังนี้

1) ทดสอบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่เป็นความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นหรือไม่ โดยวิธี Scatter plot ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2546)

ผลการทดสอบ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแต่ละคู่เป็นความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้น

2) กลุ่มตัวอย่างได้จากประชากรที่มีการแจกแจงโค้งปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ โดยวิธีการตรวจสอบโดยใช้กราฟต่างๆ ได้แก่ Histogram, Normal Probability Plot, Detrended Normal Plot

สรุป ตัวแปรทั้ง 8 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิต พบว่าเมื่อพิจารณากราฟ ลักษณะข้อมูลที่ได้มีการแจกแจงโค้งปกติหรือใกล้เคียงปกติ

2. การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน เพศ และการวินิจฉัยโรค นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

3. การศึกษาด้าน อายุ การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การเปิดเผยตัวเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. การศึกษาสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การวินิจฉัยโรคกับสุขภาพจิต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การจรรยา (Contingency coefficient) และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

6. การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับสุขภาพจิต โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยการทดสอบสถิติทดสอบค่าที (t - test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

เกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุต, 2542)

| | |
|--|------------------------------|
| เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 หรือประมาณ 0.70-0.90 | มีความสัมพันธ์ในระดับสูง |
| เมื่อ r เข้าใกล้ 0.50 หรือประมาณ 0.30-0.69 | มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง |
| เมื่อ r เข้าใกล้ 0.00 หรือประมาณ 0.29 และต่ำกว่า | มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ |

ส่วนเครื่องหมาย + หรือ - แสดงถึงความสัมพันธ์ทางบวก หรือความสัมพันธ์ทางลบเท่านั้น ไม่มีผลต่อค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ได้

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากกลุ่มตัวอย่าง 130 คน แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ สุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้ สัญลักษณ์ทางสถิติ

| | | |
|-----------|-----|------------------------|
| \bar{X} | แทน | คะแนนเฉลี่ย |
| S.D. | แทน | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
| r | แทน | สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ |
| C | แทน | สัมประสิทธิ์การจรรยา |
| n | แทน | จำนวนกลุ่มตัวอย่าง |
| p | แทน | ระดับความมีนัยสำคัญ |
| χ^2 | แทน | ค่าสถิติไคสแควร์ |
| Range | แทน | ค่าพิสัย |
| Mode | แทน | ฐานนิยม |
| Median | แทน | มัธยฐาน |

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ การวินิจฉัยโรค

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ การวินิจฉัยโรค และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | \bar{X} | S.D |
|----------------------------------|-------|--------|-----------|------|
| เพศ | | | | |
| -ชาย | 75 | 57.7 | | |
| -หญิง | 55 | 42.3 | | |
| การวินิจฉัยโรค | | | | |
| -ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ | 40 | 30.8 | | |
| -ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ | 39 | 30.0 | | |
| -ผู้ป่วยเอดส์ | 51 | 39.2 | | |
| อายุ | | | 34.51 | 5.90 |

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.7) และเมื่อพิจารณาแบ่งตามการวินิจฉัยโรคพบว่าส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วย เอดส์ (ร้อยละ 39.2) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.51 ปี (S.D. = 5.90)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย เอดส์ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 130)

| การเปิดเผยตัวเอง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|------------------|-----------|------|---------|
| ด้านทัศนคติ | 2.12 | 0.29 | ปานกลาง |
| ด้านความสนใจ | 2.28 | 0.39 | ปานกลาง |
| ด้านการงาน | 2.15 | 0.37 | ปานกลาง |
| ด้านการเงิน | 2.27 | 0.39 | ปานกลาง |
| ด้านบุคลิกภาพ | 2.14 | 0.39 | ปานกลาง |
| ด้านร่างกาย | 2.29 | 0.48 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 2.21 | 0.24 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตัวเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.21$) และถ้าพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางโดยมีการเปิดเผยตัวเองด้านร่างกายกับด้านความสนใจมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน ($\bar{X} = 2.29$ และ 2.28 ตามลำดับ) ส่วนด้านทัศนคติ มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=2.12$)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 130)

| การสนับสนุนทางสังคม | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|---------------------|-----------|------|---------|
| ด้านอารมณ์ | 3.76 | 0.63 | มาก |
| ด้านข้อมูลข่าวสาร | 3.88 | 0.70 | มาก |
| ด้านวัตถุ สิ่งของ | 3.01 | 0.99 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 3.67 | 0.58 | มาก |

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.67$) และถ้าพิจารณารายด้าน พบว่ามีการสนับสนุนสังคมด้านอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.76$ และ 3.88 ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.01$)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n = 130)

| ความหวัง | \bar{X} | S.D. | ระดับ |
|--------------------------------|-----------|------|---------|
| ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้น | | | |
| ชั่วคราวและในอนาคต | 3.10 | 0.56 | ปานกลาง |
| ด้านความรู้สึกภายในที่พร้อม | | | |
| และคาดหวังในทางบวก | 3.24 | 0.56 | ปานกลาง |
| ความสัมพันธ์ระหว่างตน | | | |
| และบุคคลอื่น | 3.16 | 0.53 | ปานกลาง |
| โดยรวม | 3.14 | 0.46 | ปานกลาง |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14$) และถ้าพิจารณารายด้านพบว่ามีความหวังทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความหวังด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.24$) และด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 3.10$)

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม มัธยฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ | \bar{X} | S.D. | Mode | Median |
|----------------------------------|-------|--------|-----------|--------|------|--------|
| การรับรู้ภาวะสุขภาพดี | 32 | 24.62 | 754.13 | 70.27 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี | 33 | 25.38 | 594.33 | 18.51 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างไม่ดี | 32 | 24.62 | 530.08 | 27.19 | | |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี | 33 | 25.38 | 427.66 | 43.65 | | |
| รวม | 130 | 100 | 669.97 | 132.31 | 700 | 696 |

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 669.97 ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี และเมื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มตามระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดีและไม่ดี จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 25.38 และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับดี และค่อนข้างไม่ดี จำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 24.62

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับ
 สุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ระดับสุขภาพจิต | จำนวน | ร้อยละ | Range | \bar{X} | S.D. |
|--------------------------|-------|--------|-------|-----------|------|
| มีสุขภาพจิตดีมาก | 3 | 2.31 | 0 | 5.51 | 0 |
| มีสุขภาพจิตดี | 38 | 29.23 | 0.83 | 4.85 | 0.23 |
| มีสุขภาพจิตค่อนข้างดี | 61 | 46.92 | 0.97 | 4.02 | 0.30 |
| มีสุขภาพจิตดีปานกลาง | 27 | 20.77 | 0.94 | 3.07 | 0.32 |
| มีสุขภาพจิตค่อนข้างไม่ดี | 1 | 0.77 | 0 | 2.26 | 0.32 |
| มีสุขภาพจิตไม่ดี | - | - | - | - | - |
| รวม | 130 | 100 | 3.25 | 4.11 | 0.78 |

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย
 สุขภาพจิต เท่ากับ 4.11 ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างดี และเมื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มตามระดับของ
 สุขภาพจิต พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่มีสุขภาพจิตค่อนข้างดีมีจำนวนสูงสุดคือ ร้อยละ
 46.92 รองลงมาในระดับดีปานกลางคือ ร้อยละ 20.77 และพบว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตค่อนข้างไม่ดีมีจำนวน
 น้อยที่สุดคือ ร้อยละ 0.77 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตในระดับไม่ดี

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความ
 ผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ระดับความผาสุกทางใจ | จำนวน | ร้อยละ | Range | \bar{X} | S.D. |
|-----------------------------|-------|--------|-------|-----------|------|
| มีความผาสุกทางใจสูงมาก | 4 | 3.08 | 0.15 | 5.63 | 0.07 |
| มีความผาสุกทางใจสูง | 30 | 23.08 | 0.77 | 4.88 | 0.26 |
| มีความผาสุกทางใจค่อนข้างสูง | 58 | 44.61 | 0.92 | 4.00 | 0.32 |
| มีความผาสุกทางใจปานกลาง | 31 | 23.85 | 0.84 | 3.11 | 0.24 |
| มีความผาสุกทางใจค่อนข้างต่ำ | 7 | 5.38 | 0.84 | 2.85 | 0.28 |
| มีความผาสุกทางใจต่ำ | - | - | - | - | - |
| รวม | 130 | 100 | 4.15 | 3.95 | 0.90 |

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ เท่ากับ 3.95 ซึ่งจัดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มตามระดับของความผาสุกทางใจ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มที่มีความผาสุกทางใจระดับค่อนข้างสูง มีจำนวนสูงสุดคือ ร้อยละ 44.61 รองลงมาคือระดับปานกลาง และระดับสูง คือ ร้อยละ 23.85, 23.08 ตามลำดับ พบว่าผู้ที่มีความผาสุกทางใจสูงมาก มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 3.08 และไม่พบกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ | จำนวน | ร้อยละ | Range | \bar{X} | S.D. |
|-------------------------------------|-------|--------|-------|-----------|------|
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงมาก | - | - | - | - | - |
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูง | - | - | - | - | - |
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจค่อนข้างสูง | 28 | 21.54 | 0.95 | 3.93 | 0.28 |
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจปานกลาง | 52 | 40 | 0.95 | 2.98 | 0.27 |
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจค่อนข้างต่ำ | 48 | 36.92 | 0.91 | 2.07 | 0.28 |
| มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจต่ำ | 2 | 1.54 | 0.05 | 1.43 | 0.03 |
| รวม | 130 | 100 | 3.04 | 2.82 | 0.78 |

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เท่ากับ 2.82 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาจำแนกกลุ่มตามระดับของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับปานกลาง มีจำนวนสูงสุดคือ ร้อยละ 40 รองลงมา ระดับค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 36.92 และพบว่า ผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจต่ำ มีจำนวนน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 1.54 ไม่พบกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับสูงและสูงมาก

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ การวินิจฉัยโรค อายุ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การวินิจฉัยโรค กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้สัมประสิทธิ์การจรรยา และใช้สถิติทดสอบไควีสแควร์ (Chi-square test) ดังแสดงในตารางที่ 10 - 16

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=130)

| เพศ | ระดับของสุขภาพจิต* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|------|-----------------------|--------|------------|--------|----------|--------|------|----------|---------|
| | ค่อนข้างไม่ดี-ปานกลาง | | ค่อนข้างดี | | ดี-ดีมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ชาย | 10 | 7.70 | 38 | 29.23 | 27 | 20.77 | .229 | 7.189 | .027 |
| หญิง | 18 | 13.84 | 23 | 17.69 | 14 | 10.77 | | | |
| รวม | 28 | 21.54 | 61 | 46.92 | 41 | 31.54 | | | |

*หมายเหตุ ผู้วิจัยรวมระดับสุขภาพจิตจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับค่อนข้างไม่ดี-ปานกลาง ระดับค่อนข้างดี และระดับดี-ดีมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตารางที่ 10 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์เท่ากับ .229) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศชายมีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี และระดับดี-ดีมาก สูงกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=130)

| เพศ | ระดับของความผาสุกทางใจ* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|------|-------------------------|--------|-------------|--------|------------|--------|------|----------|---------|
| | ค่อนข้างต่ำ-ปานกลาง | | ค่อนข้างสูง | | สูง-สูงมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ชาย | 18 | 13.85 | 37 | 28.46 | 20 | 15.38 | .139 | 2.562 | .278 |
| หญิง | 20 | 15.38 | 21 | 16.16 | 14 | 10.77 | | | |
| รวม | 28 | 29.23 | 58 | 44.62 | 34 | 26.15 | | | |

*หมายเหตุ รวมระดับความผาสุกทางใจจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือระดับค่อนข้างต่ำ-ระดับปานกลาง ระดับค่อนข้างสูง และระดับสูง-สูงมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตารางที่ 11 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| เพศ | ระดับของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|------|---------------------------------|--------|---------|--------|--------------------|--------|------|----------|---------|
| | ต่ำ-ค่อนข้างต่ำ | | ปานกลาง | | ค่อนข้างสูง-สูงมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ชาย | 33 | 25.38 | 33 | 25.38 | 9 | 6.92 | .262 | 9.611 | .008 |
| หญิง | 17 | 13.08 | 19 | 14.62 | 19 | 14.62 | | | |
| รวม | 50 | 38.46 | 52 | 40.00 | 28 | 21.54 | | | |

***หมายเหตุ** รวมระดับสุขภาพจิตจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ-ค่อนข้างต่ำ ระดับปานกลาง ระดับค่อนข้างสูง-สูงมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตารางที่ 12 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สัมประสิทธิ์ของความสัมพันธ์เท่ากับ .262) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจในระดับค่อนข้างสูง-สูงมาก มากกว่าเพศชาย

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรค กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=130)

| การวินิจฉัยโรค | ระดับของสุขภาพจิต* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|--------------------------|-----------------------|--------|------------|--------|----------|--------|------|----------|---------|
| | ค่อนข้างไม่ดี-ปานกลาง | | ค่อนข้างดี | | ดี-ดีมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ | 9 | 6.92 | 13 | 10.00 | 17 | 13.08 | .205 | 5.732 | .221 |
| ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ | 10 | 7.70 | 21 | 16.15 | 9 | 6.92 | | | |
| ผู้ป่วยเอดส์ | 9 | 6.92 | 27 | 20.77 | 15 | 11.54 | | | |
| รวม | 28 | 21.54 | 61 | 46.92 | 41 | 31.54 | | | |

***หมายเหตุ** รวมระดับสุขภาพจิตจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือ ค่อนข้างไม่ดี-ระดับปานกลาง ระดับค่อนข้างดี และระดับดี-ดีมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตาราง 13 พบว่าการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรค กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=130)

| การวินิจฉัยโรค | ระดับของความผาสุกทางใจ* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|--------------------------|-------------------------|--------|-------------|--------|------------|--------|------|----------|---------|
| | ต่ำ-ปานกลาง | | ค่อนข้างสูง | | สูง-สูงมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ | 11 | 8.46 | 16 | 12.31 | 12 | 9.23 | .226 | 6.989 | .136 |
| ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ | 16 | 12.31 | 19 | 14.62 | 5 | 3.85 | | | |
| ผู้ป่วยเอดส์ | 11 | 8.46 | 23 | 17.69 | 17 | 13.07 | | | |
| รวม | 38 | 29.23 | 58 | 46.92 | 34 | 26.15 | | | |

*หมายเหตุ รวมระดับความผาสุกทางใจจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือระดับต่ำ-ปานกลาง ระดับค่อนข้างสูง และระดับสูง-สูงมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตาราง 14 พบว่าการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการวินิจฉัยโรค กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n=130)

| การวินิจฉัยโรค | ระดับของความทุกข์ทรมานทางจิตใจ* | | | | | | C | χ^2 | p-value |
|--------------------------|---------------------------------|--------|---------|--------|--------------------|--------|------|----------|---------|
| | ต่ำ-ค่อนข้างต่ำ | | ปานกลาง | | ค่อนข้างสูง-สูงมาก | | | | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | | |
| ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ | 17 | 13.08 | 12 | 9.23 | 10 | 7.69 | .155 | 3.215 | .523 |
| ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ | 14 | 10.77 | 16 | 12.31 | 10 | 7.69 | | | |
| ผู้ป่วยเอดส์ | 19 | 14.62 | 24 | 18.46 | 8 | 6.15 | | | |
| รวม | 50 | 38.47 | 52 | 40.00 | 28 | 21.53 | | | |

*หมายเหตุ รวมระดับสุขภาพจิตจาก 5 ระดับ ให้เป็น 3 ระดับ คือค่อนข้างไม่ดี-ระดับปานกลาง ระดับค่อนข้างดี และระดับดี-ดีมาก ทั้งนี้เพื่อให้ความถี่ในแต่ละ Cell มีค่ามากกว่า 5

จากตาราง 15 พบว่าการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อ 1

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง อายุ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับสุขภาพจิตและในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n = 130)

| ตัวแปร | สุขภาพจิต | | | | | |
|---------------------|--------------------|---------|----------------------------|---------|--------|---------|
| | ด้านความผาสุกทางใจ | | ด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ | | โดยรวม | |
| | r | p-value | r | p-value | r | p-value |
| อายุ | .069 | .435 | -.190 | .030 | .155 | .079 |
| การเปิดเผยตัวเอง | .236 | .007 | -.214 | .014 | .242 | .005 |
| การสนับสนุนทางสังคม | .431 | .000 | -.398 | .000 | .447 | .000 |
| ความหวัง | .539 | .000 | -.561 | .000 | .601 | .000 |
| การรับรู้ภาวะสุขภาพ | .540 | .000 | -.431 | .000 | .516 | .000 |

จากตารางที่ 16 พบว่า การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .242, .447, .601$ และ $.516$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2,3,4 และ 5 ส่วนอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ พบว่าการเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r = .236, .431, .539$, และ $.540$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2,3,4,5 ส่วนอายุพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจนั้น พบว่า อายุ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.190, -.214, -.398, -.561$ และ $-.431$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1,2,3,4,5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ และด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ประชากร คือ บุคคลวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีจากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ทั้งชนิดที่ไม่มีอาการ มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมารับบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่มารับบริการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี ระหว่างวันที่ 28 เมษายน – 28 พฤษภาคม 2546 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยคำนวณได้จากสูตร Thorndike (1978)

สูตร $N \geq 10k + 50$ (ในเมื่อ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, $k =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมด) เพราะฉะนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง $(N) \geq (10 \times 8) + 50 = 130$ คน

2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 2.1 รับรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน
- 2.2 มีอายุระหว่าง 18 –59 ปี
- 2.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- 2.4 มีการได้ยินปกติสามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย
- 2.5 ยินดีเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม 6 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งครอบคลุม เพศ อายุ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้ผู้ปวยลงบันทึกด้วยตนเอง และการวินิจฉัยโรค ซึ่งผู้วิจัยจะลงบันทึก

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลและดัดแปลงโดยปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ปวยเอดส์ร่วมกับการศึกษาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมสุขภาพจิตขณะติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ปวยเอดส์ มี 2 ด้าน คือ 1.ความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ได้แก่ 1.1) ความซึมเศร้า 1.2) ความวิตกกังวล 1.3) การสูญเสียควบคุมพฤติกรรมและอารมณ์ 2. ความผาสุกทางใจ ได้แก่ 2.1) ความรู้สึกทั่วไปด้านบวก 2.2) ความผูกพันทางอารมณ์ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัด สุขภาพจิต The Rand Mental Health Inventory (1983) ของ Veit and Ware ได้พัฒนามาจาก แนวคิด Bradburn (1969) Dupuy (1972) Goldberg (1978) Ware and others (1979) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 6 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นข้อความทางบวก 30 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง จำนวน 41 ข้อ เป็นแบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นเอง ตามแนวคิดของ Jourard (1971) โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมการเปิดเผยตัวเอง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติ 2) ด้านความสนใจ 3) ด้านการงาน 4) ด้านการเงิน 5) ด้านบุคลิกภาพ 6) ด้านร่างกาย เพื่อวัดระดับการเปิดเผยตัวเองแก่บุคคลใกล้ชิดได้แก่ พ่อ แม่ สามีหรือภรรยา เพื่อน ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก 29 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 12 ข้อ

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากแบบสอบถาม ของ จิราพร อมรภิบาล (2536) พัฒนามาจากแนวคิดของ Schaefer and others (1981) (2536) และนำมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ปวยเอดส์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก 26 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 2 ข้อ

ส่วนที่ 5. แบบสอบถามความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ปวยเอดส์ จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่นำมาจากแบบสอบถามของมารยาท วงษานูตร (2539) ซึ่งนำมาใช้วัดความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ มี 3 ด้าน คือ 1. ด้านความรู้สึกร่างกายที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2. ด้านความรู้สึกร่างกายในที่พร้อมและคาดหวังใน 3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น ซึ่งได้แปลและดัดแปลงข้อคำถามจากดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (1992)

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ลักษณะข้อคำถาม เป็นข้อความทางบวก 10 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 1 ข้อ

ส่วนที่ 6. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงโดยปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ปิยะพันธุ์ นันตา (2541) ซึ่งได้ดัดแปลงตามแนวคิดของ Denyes (1980) เพื่อให้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง เป็นข้อความทางบวกทั้งหมดแสดงถึงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงของงานวิจัยครั้งนี้ ดังนี้ แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิตโดยรวม องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ .92, .87, .86, .80, .87, .68 และ .68 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม มีกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจำนวน 130 ฉบับ พบว่าเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามสมมติฐานได้ทุกฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้ คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติไคสแควร์ สัมประสิทธิ์การจรรยา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เพศชาย (ร้อยละ 57.7) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นผู้ป่วยเอดส์ (ร้อยละ 39.2) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 34.51 (S.D.= 5.90) มีการเปิดเผยตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.21, S.D.= 0.24$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.67, S.D.= 0.58$) มีความหวังอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.14, S.D.= 0.46$) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ($\bar{X}=669.97, S.D.= 132.31$)

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี ($\bar{X} = 4.11, S.D. = 0.78$) และเมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับ พบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตค่อนข้างดี (ร้อยละ 46.92) รองลงมาคือ มีสุขภาพจิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.77) และมีสุขภาพจิตระดับค่อนข้างไม่ดี จำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.77) และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ผลวิจัยพบว่า

2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความผาสุกทางใจ อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ($\bar{X} = 3.95, S.D. = 0.90$) และเมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับ พบว่า ส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจระดับค่อนข้างสูง (ร้อยละ 44.61) รองลงมาคือ มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.85) และมีความผาสุกทางใจระดับสูงมาก จำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.08)

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคะแนนความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.82, S.D. = 0.78$) และเมื่อจำแนกกลุ่มตามระดับ พบว่า มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับปานกลาง เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 36.92) และมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับต่ำ จำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 1.54)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

3.1 เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C = .229$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศชายมี สุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี และระดับดี-ดีมาก สูงกว่าเพศหญิง และพบว่า การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .242, .447, .601$ และ $.516$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2,3,4,5 ส่วนอายุ และการวินิจฉัยโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.2 เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ พบว่า การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .236, .431, .539$ และ $.540$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 2,3,4,5 ส่วนเพศ การวินิจฉัยโรค และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

3.3 สำหรับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ พบว่า อายุ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.190, -.214, -.398, -.561$ และ $-.431$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อ 1,2,3,4,5 และเพศมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C = .262$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจในระดับค่อนข้างสูง-สูงมากมากกว่าเพศชาย ส่วนการวินิจฉัยโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะขออภิปรายประเด็นสำคัญ ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปร สุขภาพจิต องค์ประกอบของสุขภาพจิต ด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1.1 จากผลการวิจัยของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตค่อนข้างดี (ร้อยละ 46.92) และเมื่อพิจารณาด้านย่อย ก็จะได้ผลสอดคล้องกัน คือมีองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจค่อนข้างดีเช่นกัน (ร้อยละ 44.61) สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ที่มารับบริการ ได้รับการรักษาระยะหนึ่งแล้ว มีบางส่วนที่ยอมรับตัวเองและปรับตัวได้ มีอารมณ์คงที่ เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตใหม่ เช่น เริ่มออกกำลังกายให้แข็งแรงด้วยวิธีการต่างๆ หาวิธีจัดการกับความเครียด (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542) ซึ่งวิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม และการพักผ่อนที่เพียงพอ จะช่วยให้ร่างกายจิตใจ ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียด ลดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ อีกทั้งยังมีผลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น จนเกิดโรคแทรกซ้อนหรือติดเชื้อฉวยโอกาสได้น้อยลง และนำมาซึ่งความสุขของชีวิต (Pender, 1987 อ้างใน พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545) นอกจากนี้การปฏิบัติตัวที่ดีดังข้างต้นยังเป็นสิ่งเกื้อหนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีกำลังใจ เกิดความพึงพอใจ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมา (ไปรษณีย์ บิณฑจิตต์, 2544) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการ ณ สถาบันบำราศนราดูร จะได้รับบริการลักษณะต่างๆ เช่น ได้รับคำปรึกษา ได้รับข้อมูล

ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รวมทั้งได้มีการเข้ากลุ่มกับเพื่อนซึ่งสามารถปรึกษาหารือกันได้ เช่น เรื่องการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และระบายความรู้สึกกับเพื่อนได้ คอยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังได้รับคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัคร ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้าย และไม่รู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ในงานวิจัยเรื่องนี้เป็นผู้ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดังกล่าวด้วย ซึ่งการเป็นผู้สามารถให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน หรือทำประโยชน์ให้บุคคลอื่น จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (สรรสิริ อินจัน, 2537) เพราะได้ทำประโยชน์ให้ผู้ติดเชื้อด้วยกัน รวมทั้งการที่ผู้ติดเชื้อบางรายได้ออกไปทำหน้าที่ให้ความรู้ประชาชน กลุ่มต่างๆ ในสังคม ทำให้รู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมในสังคม และได้รับการยอมรับจากสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะช่วยเพิ่มความสนใจในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี ช่วยส่งเสริมความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ (Miller, 1991) เหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงน่าจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีความผาสุกทางใจและมีสุขภาพจิตค่อนข้างดี

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดังกล่าวข้างต้นจะมีความผาสุกทางใจและมีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อย (ร้อยละ 40) มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี/เป็นโรคเอดส์ เป็นโรคที่ร้ายแรง ต้องสูญเสียชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจจากภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากอาการของโรค และจากพฤติกรรมที่สังคมทั่วไปไม่ยอมรับ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) นอกจากนี้ยังต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากตกงาน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า บางรายก็มีความคิดฆ่าตัวตายร่วมด้วย ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะมีอาการทุกข์ทรมานทางจิตใจ และพบว่ามีผู้ติดเชื้อบางรายไม่เปิดเผยตัวเองกับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ทำให้ต้องปิดบังเก็บกดไว้เพียงคนเดียว ไม่รู้จะพูดคุยหรือปรึกษากับใคร กลัวว่าเปิดเผยไปแล้วจะถูกรังเกียจ (เพยาวี ศรีแสงทอง, 2539) ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีใครให้ความช่วยเหลือ จึงเกิดความทุกข์ทรมานจิตใจ

1.2 การเปิดเผยตัวเอง จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการเปิดเผยตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.21, S.D. = 0.24$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีการเปิดเผยตัวเองจัดอยู่ในระดับปานกลางทุกด้านเช่นกัน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการที่บุคคลจะมีการเปิดเผยตัวเองหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยเรื่อง ความคิดเห็นและทัศนคติต่อการติดเชื้อของตนเอง หากมีความคิดเห็นต่อตนเองในด้านดีก็จะส่งผลให้มีระดับการ

เปิดเผยตัวเองมากขึ้นด้วย (เพียวรี ศรีแสงทอง, 2539) นอกจากนี้การเปิดเผยตัวเอง ยังอาจมีผลสืบเนื่องมาจากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา กล่าวคือ หากบุคคลมีประสบการณ์ที่ได้รับความสำเร็จจากเรื่องต่างๆ มากมาย ก็จะมีผลให้เกิดความรู้สึกในทางบวกที่ดีต่อตนเอง และการที่บุคคลรับรู้ตนเองในเชิงบวกนี้ก็ทำให้บุคคลมีการรักษาคุณค่า และความเชื่อในตนเองไว้ได้ เกิดความมั่นใจในตนเอง กล่าวแสดงออก มีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนเองในแง่ดี ทำให้กล้าเปิดเผยตัวเองออกสู่สังคมภายนอกในที่สุด จากงานวิจัยเรื่องนี้ สามารถจำแนกการเปิดเผยตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ยังมีปัญหาเรื่องการเปิดเผยตัวเอง ไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง ส่วนอีกกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการเปิดเผยตัวเองแล้วในระดับหนึ่ง ซึ่งกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องการเปิดเผยตัวเองนั้นอาจเนื่องมาจาก เพิ่งรับรู้ว่าเป็นตนเองติดเชื้อเอชไอวี และเข้ามารับการบำบัดรักษาในระยะแรก จึงอาจจะยังทำใจยอมรับไม่ได้ต่อการเจ็บป่วย ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการติดเชื้อของตน ส่วนอีกกลุ่มที่มีการเปิดเผยตัวเองแล้วนั้นอาจเนื่องมาจากได้รับการรักษาในระยะหนึ่งแล้ว ทำให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายก็เป็นอาสาสมัครคอยให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จึงมีการเปิดเผยตัวเอง และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 22-53 ปี ซึ่งอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่จึงมีการแต่งงาน หรือมีครอบครัวแล้ว หรือในรายที่เป็นโรคเอดส์ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิม จึงมีความต้องการเปิดเผยตัวเองต่อบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือในลักษณะต่างๆ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาบางเรื่องพบว่า เหตุผลของการบอกความจริงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีกับครอบครัว คือ ต้องการความช่วยเหลือซึ่งเชื่อว่าครอบครัวสามารถช่วยได้ ไม่ต้องการมีความลับกับครอบครัว (ธารทิพย์ กิจไพบุลชัย, 2534) และจากงานวิจัยของ อติรัตน์ วัฒนไพลิน (2539) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับคู่สมรส ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่พาไปพบแพทย์ ดังนั้นจึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีแนวโน้มเปิดเผยตัวเองมากขึ้น จากเหตุผลที่กล่าวมานี้จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีภาพรวมของการเปิดเผยตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง

1.3 การสนับสนุนทางสังคม จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.67, S.D. = 0.58$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสารระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน หรือจากการอ่านหนังสือ และจากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งปัจจุบันมีสื่อจำนวนมากในการให้ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ส่วนการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใน

ครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดได้รับความรักใคร่ห่วงใย คอยดูแลเอาใจใส่ ให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ได้รับความสะดวกในการมารับการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และอรทัย โสมนรินทร์ (2541) ซึ่งได้ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรม การเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมค่อนข้างดี นอกจากนี้จากงานวิจัยนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน วัสดุ สิ่งของ อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่นั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ซึ่งอาจจะให้การสนับสนุนยังไม่ทั่วถึง หรือได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งในบางครั้งครอบครัวก็ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจอยู่แล้ว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน วัสดุ สิ่งของ ค่อนข้างน้อย ต้องพึ่งตัวเองเป็นส่วนใหญ่ (บุญทิพา โพธิเจริญ, 2539)

1.4 ความหวัง จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.14, S.D. = 0.46$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีความหวังในระดับปานกลางทุกด้าน ซึ่งข้อค้นพบนี้ไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของ มารยาท วงษาบุตร (2539) และบุญทิพา โพธิเจริญ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความหวังอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีคะแนนความหวังด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคตมีค่าต่ำสุด ($\bar{X} = 3.10, S.D. = 3.10$) ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นเอดส์ ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ การค้นคว้าหายารักษาโรคเอดส์ให้หายได้คงอีกนาน จึงทำให้มีความหวังในอนาคตอันใกล้ระดับปานกลางไม่สูงมากนัก ส่วนการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความหวังเรื่องความสัมพันธ์ในตนกับบุคคลอื่นในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16, S.D. = 0.53$) อาจจะเป็นเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บางส่วนยังไม่มี ความมั่นใจว่าจะสามารถพึ่งพาบุคคลอื่นได้ หรือยังไม่แน่ใจในความรู้สึก ทำที่หรือทัศนคติที่ผู้อื่นมีต่อตนจึงยังไม่มี ความหวังในด้านนี้มากนัก สำหรับความหวังด้านความรู้สึกภายในที่พร้อมจะคาดหวังในทางบวก ซึ่งพบว่ามีอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.24, S.D. = 0.56$) เช่นกันนั้น อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนไม่มีความมั่นใจว่าสุขภาพของตนเอง ในภายหน้าจะเป็นอย่างไร และจะมีชีวิตอยู่ได้นานเท่าไร หรือไม่ได้วางแผนหรือตั้งเป้าหมายระยะยาวของชีวิตไว้ และบางรายที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวก็อาจไม่รู้จะทำอย่างไรกับชีวิตในครอบครัวภายหลังจากที่ตนได้จากไปแล้ว จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ความหวังโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มนี้มีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างไม่ดี ($\bar{X} = 669.97, S.D. = 132.31$) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจาก

การติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นโรคเอดส์ เป็นโรคเรื้อรัง ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะแตกต่างกันออกไป Brunner and Suddarth, 1988 อ้างใน ปิยะพันธุ์ นันตา, 2541) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละคน ถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่บางรายก็รับรู้ภาวะสุขภาพดี เพราะคิดว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สามารถทำงานได้ แต่บางรายก็จะคิดว่าเป็นโรคที่รุนแรง ที่ไม่มีทางรักษาให้หาย จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี ซึ่งจากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างไม่ดี อาจเนื่องมาจากโรคเอดส์ เป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มียารักษาหรือมีวัคซีนที่จะใช้ป้องกันโรคนี้ได้ผล การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ และรักษาภาวะแทรกซ้อนเท่านั้น หรือบางส่วนอาจไม่ยอมรับในการเจ็บป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างไม่ดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 สมมติฐาน ข้อที่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ และการวินิจฉัยโรคมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในองค์ประกอบด้านความผาสุกทางใจ และด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C = .229$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศชายจะมีสุขภาพจิตระดับค่อนข้างดี และระดับดีถึงดีมาก มากกว่าเพศหญิง และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C = .262$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจในระดับค่อนข้างสูง-สูงมาก มากกว่าเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากเพศหญิง จะมีประสาทสัมผัสที่ไวต่อการเจ็บปวด ได้ดีกว่าเพศชาย รวมถึงความไวต่อความวิตกกังวล (Susceptibility to anxiety) มากกว่า เพศหญิงจึงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย และมักยอมรับความรู้สึกไร้ความสามารถของตนเองง่ายกว่าเพศชาย (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และ รวิวรรณ แสงฉาย, 2539 อ้างใน กมลชีพ แพทย์ชีพ, 2542) จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ชายมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจมากกว่าเพศชาย ซึ่ง

สอดคล้องกับงานวิจัยของ คันทันนีย์ สมิตะเกษตริน (2542) ซึ่งพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ Berlin and Borden (1990) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และความผาสุกทางใจในคู่สมรส ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเรื้อรังซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้หญิงจะมีระดับความซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 22-53 ปี มีอายุเฉลี่ย 34.51 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่ไม่แตกต่างกันมาก สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้คล้ายกัน และมีการเข้ากลุ่ม และได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่เหมือนกัน ทำให้สุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อหาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.190$) สามารถอธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอายุมากมีแนวโน้มมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อาจเนื่องมาจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีประสบการณ์มากกว่า สามารถเผชิญปัญหาได้ดีกว่า ดังเช่นงานวิจัยของ Hamarat and others (2001) พบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะมีความรู้สึกพึงพอใจ และมีความผาสุกทางใจดีกว่าเพราะมีประสบการณ์มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง จากผลการศึกษาด้านการวินิจฉัยโรค พบว่า การวินิจฉัยโรคไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าถึงแม้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการวินิจฉัยเหมือนกันแต่สุขภาพจิตอาจจะแตกต่างกันได้ เช่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอยู่ในระยะไม่มีอาการจะมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลมากกว่า เพราะเป็นระยะแรกของการติดเชื้อ ยังไม่สามารถปรับตัวได้ (Thompson, 1996) แต่บางรายที่อยู่ในระยะไม่มีอาการเหมือนกัน แต่ไม่มีความวิตกกังวล หรือซึมเศร้าเพราะคิดว่ายังสามารถปฏิบัติตนได้เหมือนคนปกติ ไม่มีอาการให้คนอื่นรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นเอดส์ ดังนั้นการวินิจฉัยโรคจึงไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

2.2 สมมติฐาน ข้อที่ 2 การเปิดเผยตัวเอง มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจและความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การเปิดเผยตัวเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .242$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า การเปิดเผยตัวเองมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับต่ำกับความผาสุกทางใจ ($r = .236$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ($r = -.214$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hays and others (1993) ได้ศึกษาการเปิดเผยตัวเองเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวีบวกแก่ คนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ในกลุ่มรักร่วมเพศ ผลการศึกษพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เปิดเผยตัวเองจะได้รับการช่วยเหลือจากคนรัก ญาติ พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน ทำให้องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า และมีความวิตกกังวลลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยตัวเอง ทำให้ต้องเก็บความลับไว้ คนเดียว ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงรู้สึกอึดอัด มีความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ (บ้ำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญทิศา โพธิเจริญ (2539) ซึ่งพบว่าการเก็บความลับไว้แต่เพียงผู้เดียว จะทำให้เกิดความเครียดสูง และไม่สามารถหาทางออกแก้ไขปัญหาได้ การเปิดเผยตัวเองให้บุคคลใกล้ชิดทราบ จึงช่วยให้มีความเครียดลดลง และมีโอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ดังนั้นการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้บอกความจริงหรือ เปิดเผยความในใจให้ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้ทราบจะทำให้รู้สึกสบายใจ โล่งใจ หายจากความอึดอัดทุกข์ทรมานใจ ไม่ต้องคอยปกปิดความจริง (ขวัญตา บาลทิพย์ และ ช่อลัดดา พันธุเสนา, 2539) และจากแนวคิดของ Jourard (1959 cite in Collins and Miller, 1994) ที่กล่าวว่า การเปิดเผยตัวเองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ดี เพราะการเปิดเผยตัวเองเป็นการระบายความเครียดออกไป ดังนั้นการเปิดเผยตัวเองจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิต และ องค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ

2.3 สมมติฐาน ข้อที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .447$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจ ($r = .431$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ($r = -.398$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 และสอดคล้องกับการศึกษา Friedman and King (1994) ซึ่งได้ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านวัตถุกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจล้มเหลวพบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ และงานวิจัยของ Rui (1999) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารทำให้เพิ่มความผาสุกทางใจ มีความพึงพอใจในชีวิต และลดความวิตกกังวล กับความซึมเศร้า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liyan (2000) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ เช่น ได้รับ ความรัก ความห่วงใย มีคนรับฟังความคิดเห็น ยอมรับและเห็นคุณค่า หรือให้ความช่วยเหลือทั้งด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ความสนใจ ทำให้มีความพึงพอใจ มีความผาสุกทางใจ ไม่เครียดหรือวิตกกังวล ซึ่งการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อ สุขภาพโดยทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลทำให้ภาวะเครียดลดลงได้ (Cohen and Will, 1985) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ O'Connor (1990) ซึ่งพบว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ ผู้ป่วย รู้สึกไม่โดดเดี่ยว ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อใคร มีความหวังและมีเป้าหมายในชีวิต ทำให้รู้สึกมีคุณค่าใน ตัวเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของบังอร ศิริโรจน์ และคณะ (2537) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวในแต่ละระยะเป็นไปได้ดี ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีภาวะเครียดสูง

2.4 สมมติฐาน ข้อที่ 4 ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษานี้ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .601$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ด้านบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .539$) และ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.561$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทนา เตชะคฤห (2541) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความเข้มแข็งในการ

มองโลกและความผาสุกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลวิจัยพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าความหวังและความเข้มแข็งในการมองโลก สามารถร่วมทำนายความผาสุกได้ร้อยละ 43.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hall (1989) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องการมีความหวังเพื่อต่อสู้กับโรคในระยะสุดท้ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หลายรายจะมีความหวังในการรักษาและหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว (มารยาท วงษาบุตร, 2539) ซึ่งความหวังเป็นพลังงานภายในที่สำคัญของบุคคลในการที่จะตอบสนองหรือปรับสภาพต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์และมีความผาสุก เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อเอง เช่น ความเจ็บป่วย ความสูญเสีย หรือสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ (Herth, 1990; Hinds and Martin, 1988; Stephenson, 1991) อีกทั้งความหวังยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตอบสนองความเครียด บุคคลที่มีความหวังสูงจะทำให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม มีกำลังใจ ทำให้อดทนต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2539) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีความหวังจะมีเป้าหมายในชีวิต มีกำลังใจ มีสุขภาพจิตที่ดี

2.5 สมมติฐาน ข้อที่ 5 การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .516$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของสุขภาพจิต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .540$) และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางความทุกข์ทรมานทางจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.431$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 5 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hoffman and others (2000) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจะมีผลทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย และงานวิจัยของ สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ในระดับค่อนข้างสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถปรับตัวได้ และยอมรับตัวเอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ถึงแม้บางรายร่างกายทรุดโทรมลง แต่ก็ยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นแต่ละคนจะมีการรับรู้แตกต่างกัน บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนิน

ชีวิตของเขา ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้น ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตอย่างมาก ผลที่ตามมาคือความกลัว และท้อแท้ทุกครั้งที่เกิดเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหา (จันทรา ธีระสมบุญ, 2539) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่รับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคร้าย เป็นโรคที่สังครังเกี่ยว ทำให้ผู้ป่วยเกิดปมด้อย รับรู้ในทางที่เป็นผลร้ายแก่ตนเอง ต้องเผชิญกับความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่น่ารังเกียจ รู้สึก ไร้ค่า ความรู้สึกนี้ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและวิตกกังวล ทั้งนี้การตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการปรับตัวต่อภาวะที่รับรู้ว่าเป็นโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวกนั้น ทำให้รู้สึกไม่วิตกกังวลและซึมเศร้า มีความพึงพอใจ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความผาสุกทางใจ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับองค์ประกอบของสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 จากการศึกษาพบว่า แม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตโดยรวมค่อนข้างดี ถึงร้อยละ 46.92 และมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (ร้อยละ 44.61) แต่ก็พบเช่นกันว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40) มีความทุกข์ทรมานด้านจิตใจในระดับปานกลาง ดังนั้นในการให้การพยาบาล พยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ควรให้ความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจด้วย เพื่อรักษาให้มีสุขภาพจิตที่ดี และส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาโดยมีการจัดกิจกรรมในการลดปัญหาความทุกข์ทรมานทางจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เช่น มีการให้คำปรึกษาและทำจิตบำบัด ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม แนะนำวิธีการจัดการกับความเครียด หรือการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และควรจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างความผาสุกทางใจ เช่น กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การยอมรับกับภาพลักษณ์ด้านร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวเองแก่ครอบครัว ควรแนะนำให้ครอบครัวยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ให้

ความรัก กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ ลดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้มีความสนุกสนานใจและมีสุขภาพจิตโดยรวมที่ดีขึ้น

1.2 จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวเอง มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานใจสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง ดังนั้นพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยตัวเองมากขึ้นตามความพร้อมของแต่ละบุคคล โดยพยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจสำหรับผู้ป่วยและอธิบายถึงผลดี ผลเสียของการเปิดเผยตัวเอง โดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตัดสินใจเอง ซึ่งการเปิดเผยตัวเองจะเป็นผลดีทั้งในแง่การรักษา ได้รับการรักษาและคำแนะนำจากบุคคลากรทางการแพทย์ ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และส่งผลต่อสภาพจิตใจ ซึ่งไม่ต้องคอยปกปิดหรือเก็บกดไว้เพียงคนเดียว สามารถระบายความทุกข์ในจิตใจ มีที่ปรึกษา มีกำลังใจ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

1.3 จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานใจสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง จะดังนั้นสถานบริการสุขภาพควรจัดให้มีการสนับสนุนทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร หน่วยให้คำปรึกษาทั้งให้คำปรึกษาโดยตรง และทางโทรศัพท์ และด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และส่งเสริมให้ครอบครัวชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องโดยเฉพาะการติดต่อของโรค แก่ครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น เพื่อจะได้ปรับเปลี่ยนทัศนคติไม่ให้ง่ายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันครอบครัวและชุมชนได้ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ จากครอบครัวหรือชุมชนก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

1.4 จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความหวัง มีแนวโน้มที่จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีความสนุกสนานใจสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง ดังนั้นสถานบริการสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความหวัง เช่น จัดบำบัดกลุ่ม จัดบำบัดแบบประคับประคอง ให้ผู้ป่วยพูดถึงตัวเองทางบวก ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความหวังมากขึ้น และพยาบาลควรวางแผนร่วมกับครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเสริมสร้างความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อทราบว่าความหวังจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดีขึ้น การดำเนินโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงก็ช้าลง

1.5 จากการศึกษพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะเป็นคนที่มีความสุขจิตดี มีความผาสุกทางใจสูงขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจลดลง ดังนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงควรจัดกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เพื่อจะได้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หรือเป็นงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยจำแนกผู้ที่มีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี เพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่ๆ นำมาพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพจิตกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในอนาคตต่อไป

2.2 การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ เพื่อให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นเมื่อทราบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต จึงควรนำมาพัฒนาในการศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experiment) เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น ที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตต่อไป เช่น จัดโปรแกรมส่งเสริมความหวัง การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น ทั้งนี้ในการจัดกิจกรรมควรมีการจัดให้เหมาะสมกับเพศและอายุด้วย เพราะผลจากการวิจัยก็จะพบว่าอายุและเพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตด้านความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีความสุขจิตที่ดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์. 2541. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลชีพ แพทย์ชีพ. 2542. ความรุนแรงในคู่ครองและผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตใจในกลุ่มอาการความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความก้าวร้าว:กรณีศึกษา อ.เมือง จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองระบาดวิทยา. 2543. นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองระบาดวิทยา. 2544. ระบาดวิทยา การคาดประมาณ การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 8: 1-5.
- กองโรคเอดส์. 2545. เอกสารสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2546. นนทบุรี: กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)
- กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. 2527. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล. ขอนแก่น : ศิริภักษ์ออฟเซ็ท.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2528. ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. ใน สมพันธ์ หนีญธีระนันท์ (บรรณาธิการ), ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้, หน้า 342-400. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2545. หลักสถิติ. ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2546. การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล. ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กานดา พูลลาภทวี. 2539. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
- กิติมา สุรสนธิ. 2534. รูปแบบความสัมพันธ์ในการสื่อสารระหว่างบุคคล. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษณี คำชาย. 2540. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร : เทคนิคพรินติ้ง.

- กุลระวี วิวัฒน์ชีวิน. 2541. ผลของการสะท้อนด้วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษม วัฒนชัย. 2537. ข่าวสารเอดส์. รายงานการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 ณ เมือง โยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่น 7(16): 1-3.
- ขวัญชัย สุภรัตน์. 2535. ความรู้ทางอายุรศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญตา บาลทิพย์ และชอลดา พันธุเสนา. 2539. การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ 16 (3): 64-76.
- จันทนา เตชะคฤห. 2540. ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลกและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทรา ธีรสมบุรณ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์อัมพร รุณดี. 2544. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ ในปี 2553. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรา เจริญภัทรภาสซ์. 2537. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ทรินเดช. 2540. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคลมชักศึกษาเฉพาะกรณีด้านสังคมและจิตใจ. นครราชสีมา : ฝ่ายจิตวิทยาโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา.
- จรัสศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิราพร อมราภิบาล. 2536. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริการการพยาบาล ครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. 2538. การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรมะ: ศึกษาเฉพาะกรณี
วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. รายงานวิจัย ศูนย์สตรีศึกษา คณะ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉวีวรรณ ไพรวลัย. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติทางศาสนา
พฤติกรรมดูแลทางการแพทย์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์
โรงพยาบาลบำราศนราดูร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชญาณีน บุญพงษ์มณี. 2545. การศึกษาอาการซึมเศร้า การใช้ทักษะของตนเอง และพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพในสตรีผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ภาควิชาการพยาบาลสูติ นรีเวช มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- ชมนาด วรรณพรศิริ. 2532. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและ
สุขภาพจิตของพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์คัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลธิชา วัจวิเวก. 2537. ความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย การสนับสนุนทางสังคม และ
พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ผู้สูงอายุโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเอกอนามัยครอบครัว สาธารณ
สุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา สิมะวงศ์. 2545. การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐนันท์ ใจตรง. 2540. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และ
การดูแลตนเองในผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ โรงพยาบาลมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดวงสมร พันธุ์เสน, วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์รัฐ, อังคนา สิริยาภรณ์, และไธภา เขียววิจิตร. 2538. การดูแล
ผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2 : บริษัทสำนักพิมพ์สุภา จำกัด.
- ธนา นิลชัยโกวิท, ขาดิเกียรติ สุขยิ่ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. 2539. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยสังคมจิต
ใจที่มีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชในชุมชนกรุงเทพ ประเทศไทย. วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41: 191-202.
- ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย. 2544. ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในการได้รับการบอก
ความจริง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542. ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ แจ่มเอี่ยม. 2524. จิตวิทยาสังคม. (มปท.)
- นิศารัตน์ เขตวรรณ. 2543. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บังอร ศิริโรจน์. 2537. การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. (มปท.)
- บุญทิศา โพรเจริญ. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความหวังในชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มาเข้ารับรักษาในคลินิกรับปรึกษาสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. 2543. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. 2540. วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ดุขุฎิบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปองลดดา พรหมจันทร์. 2542. วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง วรรณสุด. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2537. การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า และแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาสถาบันสุข สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. 2544. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ปิยนันท์ ลิ้มเรืองรอง. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวต่อ
บทบาทการเป็นมารดาในระยะหลังคลอดของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- ปิยรัตน์ นิลอัยกา. 2537. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะพันธุ์ นันตา. 2541. การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของ
ผู้สูงอายุ. ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพโรมาศม์ บิดทจจิตต์. 2544. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่าน แสงสิงแก้ว. 2518. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย.
- พรชัย เรือนสิทธิ์. 2545. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรชัย พงศ์สงวนสิน. 2537. ปฏิกิริยาทางจิตสังคมต่อโรคติดเชื้อเอดส์. วารสารโรงพยาบาล
ศิริกัญญา 2 (1): 30-32.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤดี และคณะ. 2534. สรุปรายงานการวิจัย เรื่อง กรณีศึกษาแบบแผน
จิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัย
หน้าใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กรุงเทพฯ.
- เพยาว์ ศรีแสงทอง. 2539. มโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองและการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษา
กรณีสมาชิกชมรมเพื่อนวันพุธ ศูนย์ประสานความสัมพันธ์ผู้ติดเชื้อเอดส์แห่งประเทศไทย
โครงการโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ สังคม
สงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรี ตั้งตุลยางกูร. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความซึมเศร้ากับความกังวล
ใจเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคม แรงสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค ผลกระทบการ
เจ็บป่วยและปัญหาการเงินของผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
- เพ็ญพักตร์ อูทิศ. 2543. สาเหตุแห่งความเครียดของบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแล
ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 12 (ก.ย.-ธ.ค.):
1-10.

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. 2542. แง่มุมทางจิตเวชของโรคเอดส์. ตำราจิตเวชศาสตร์, 434 - 445. เชียงใหม่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

มารยาท วงษาบุตร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เข้ารับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จ.ลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาลี ประทุมศรี, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และอรัญญา เชาวลิต. 2542. ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 19: 47-63.

วีวีวรรณ ยศวัฒน์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้ สักมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

โรงพยาบาลบาราคนราดูร.2545.(ม.ป.ท.)

วัชรินทร์ จันทนาลักษณ์. 2541. ความหวังและการพูดกับตนเองทางบวกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. 2543. การใช้ชีวิตอยู่กับการปกปิดตัวเองของมารดาไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสภาการพยาบาล. 15 (เม.ย.-มิ.ย.): 52-65.

วิมลรัตน์ กุวารากุณิพานิช. 2538. พยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความหวังได้อย่างไร. วารสารพยาบาลศาสตร์ 8 (ม.ค.): 20-26.

วิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. 2541. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล วิธีการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจในสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีระ ไชยศรีสุข. 2539. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แสงศิลป์การพิมพ์.

ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. 2541. โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่. ใน พิไลพันธ์ พุฒวัฒน์ (บรรณาธิการ), เอชไอวีและจุลชีพก่อโรค, กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.

เยาวลักษณ์ บรรจงปรุ และเรณา พงษ์เรืองพันธ์. 2538. รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ศศิมา กุสุมา และ อรทัย ไสมนรินทร์. 2541. การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 7 (1): 75-82.
- คันสนีย์ สมิตะเกษตริน. 2542. การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ. (มปท.)
- ศิรินภา นันทพงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สุภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ศิริพร ชัมภลิต. 2533. การจัดประสบการณ์ การเรียน การสอนในคลินิก เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. รายงานการประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 8 (2530).
- สกุลรัตน์ เตียววานิช. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพจิต และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. 2536. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. เล่มที่ 2. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สภาพพยาบาล. 2544. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 เรื่องการจัดการศึกษา เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). หน้า 2. 22-24 สิงหาคม 2544 ณ กรุงเทพมหานคร.
- สมประสงค์ ศุภะวิท. 2533. ปัญหาทางจิตเวชเกี่ยวกับยาเสพติดและโรคเอดส์. (มปท.)
- สายพิณ เกษมกิจวัฒน์ และวิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. 2539. รายงานการวิจัยภาวะเหนือตนเอง ความมีคุณค่าในตนเองและสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (1) : 54-66.
- สุขภาพจิต, กรม. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 9. มปท. (อัดสำเนา)
- สุดาวลัย สายสืบ. 2535. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะกรรมการบริหารหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธีรา ชุ่มตระกูล. 2536. การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว. วารสารกระทรวงสาธารณสุข 35(1): 13-18.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2544. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. มปท.

- สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล, วรณภา อินตะประเสริฐ, อัมพร หัสศิริ, สีนีนางู จิตต์ภักดี, และณัฏฐาพร เครือมั่น. 2538. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อ HIV บวก และผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- อภิชัย มงคล, จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, วาณี หัตถพนมแจ้จรัญ อึ้งสำราญ. 2544. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา.
- อภิชัย มงคล, วาณี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชลอุบล และ ละเอียด ปัญญาใหญ่. 2544. รายงานวิจัย เรื่อง การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อัมพร โอตะระกุล, ชนิษฐ์ เจริญกุล, ชูชัย สมितिไกร, ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล และมยุรี กลับวงศ์. 2544. การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2537. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Barter, G., Barton, S., and Gazzard B. 1993. HIV and AIDS Your Question Answered. American: Longman Group UK.
- Beck, A.T. 1967. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical aspects. New York : Hoeber medical division.
- Beck, C.K., Rawlins, R.P. and Williams, S.R. 1984. Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life-Cycle Approach. St Louis :The C.V. Mosby Company.
- Becker. 1974. The health belief model and personal health behavior. New Jersey : Charles B.S.lack.
- Belza, L.B., Henke, J.C., Yelin, H.E., Epstein, V.M., and Gilliss, L.C. 1993. Correlates of Fatigue in Older Adults with Rheumatoid Arthritis. Nursing Research 42 (2): 93-99.
- Berlin, S., and Borden W. 1990. Gender, coping, and psychological well-being in spouses of older adults with chronic dementia. [On-line]American Journal of orthopsychiatry.60 (4). 603 –610. Abstract from: www.nursecenter.com

- Bishara, E., Loew, F., Forest, M., Rapid, C., and Fabre, J. 1997. Is there a relationship between psychological well-being and patient-carriers consensus? A clinical pilot study (CD-ROM). Journal of Palliative Care, 13(4), 14 –22. Abstract from: Ovid Item: 1998016841.
- Bradburn, M N. 1969. The Structure of Psychological Well-being. Chicago : Aldine.
- Brook and others. 1979. Overview of adult health status measures field. Medical Care 17 (1) : 11-31.
- Bruhn, J.G. 1994. Social and Psychological Aspects of AIDS. HIV Manual for Health Care Professionals, 262 - 270. United State of America : Appleton & Lange.
- Brunner, L.S., and Suddarth, D.S. 1988. Textbook of medical-surgical nursing. 7th ed. Philadelphia : JB.Lippincott.
- Campbell, A. 1976. Subjective measures of well- being. American Psychologist. February, 117-124.
- Chung, H.T., Devins, G.M., Hunsley, J, and Gill, M.J. 1989. Psychosocial Distress and Well-Being Among Gay and Bisexual Men With Human Immunodeficiency Virus Infection. American Journal Psychiatry 146 (July) : 876 - 880.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38 : 300 - 314.
- Collins, N.L., and Miller C.L. 1994. Self-Disclosure and Liking: A Meta-Analytic Review. Psychological Bulletin 116 (3): 457-475.
- Coward, D.D. 1994. Meaning and purpose in lives of persons with AIDS [On-line]. Public Health Nursing ,11, 331 – 336. Abstract from: PMID: 7971698 (PubMed – indexed for MEDLINE)
- Cozby, P.C. 1973. Self-Disclosure A Literature Review. Psychological Bulletin 86: 73 - 90.
- Crystal, S., and Kersting, R.C. 1998. Stress, social support, and distress in a statewide population of persons with AIDS in New Jersey [On-line]. Social work in health care , 28 (1), 41 – 60. Abstract from: www. Nurscenter.com
- Davidson, J. 1990. The psychosocial Issues Concerning Acquired Immune Deficiency Syndrome. (AIDS). Psychiatric Nursing in hospital and the community. 1042-1054. United State of America : Appleton & Lang.

- Denyes. 1980. Development of an Instrument to Measure Self-Care Agency in adolescent. Doctoral dissertation College of Nursing the University of Michigan.
- Dilley, J.M., Ochitill, H.N., Perl, M. and Volberding, P.A. 1985. Findings in Psychiatric Consultations With Patients With Acquired Immune Deficiency Syndrome. American Journal Psychiatry 142: 82-86.
- Dow, M.G., and Knox, M.D. 1991. Mental health and substance abuse staff: HIV/AIDS knowledge and attitudes. AIDS CARE 3 (1): 75-87.
- Dowdy and others. 1996. Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. www.nursecenter.com
- Dufault, K., and Martocchio, B. 1985. Hope and hopelessness. Nursing Clinics of North America 20 (20): 379-391..
- Dunchy, C.A. 1991. Mental Health needs of Clients Along the Continuum of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection. Psychiatric Mental Health Nursing. Philadelphia.J.B.: Lippincott.
- Durham, J.D., and Cohen, F.L. 1991. The person with AIDS: Nursing perspective. New York : Springe.
- Finkeman, A.W. 1997. AIDS: Neuropsychiatric Complications. Psychiatric Home Care. 475 - 479. United States of America: AnAspen Publication.
- Flaskerud, J.H., and Ungvarski, P.J. 1995. HIV/AIDS A guide to Nursing Care. 3 rd ed. United States of America : Saunders.
- Friedland, J., and others. 1996. Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. Aids Care 8 (1): 15-31.
- Friedman, M.M., and King, K.B. 1994. The Relationship of Emotional and Tangible Support to Psychological well-being Among Older Women with Heart Failure. Research in Nursing and Health. 17: 433-440.
- Gary and Jeffery. 1988. Psychotherapy and Consultation with Persons with AIDS. Psychiatric Annals 18 (April): 253-259.
- Gee, G. 1988. Individual psychosocial responses to HIV infected. In Gee, G. and Moran, T.A. Moran (Eds), AIDS: Concepts in nursing practice, pp. 361-378. Baltimore : William and Wilkins.

- George, H. 1989. Counselling people with AIDS, heir lovers, friends and relation. In J.Green and A.Mc Creaner (Eds),Counselling in HIV infection and AIDS London: Blackwell Scientific Publication.
- Gulick. 1986. The self assessment of health among the chronically ill. Topic in Clinical Nursing 8 (April): 74-82.
- .Hall, B.A. 1989. The Struggle of the Diagnosed Terminally Ill Person to Maintain Hope. Nursing Science Quarterly. 29 (October): 177-184.
- Hall, B.A. 1994. Ways of maintaining hope in HIV disease. Research in Nursing and Health 17 (4) : 283-293
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrocky, K.M., Steele, D., and Matheny, K.B.. 2001. Perceived Stress and Coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-aged, and Older Adults. Experimental Aging Research 27: 181-196.
- Hart and others. 1990. Gay men, social support and HIV disease: a study of social integration in gay community. AIDS CARE. 2 (2): 163-170.
- Hays, R.B., McKusick, L., Pollack, L., Hilliard, R., Hoff, C., and Coates, T.J. 1993. Disclosing HIV seropositivity to significant others. AIDS. 7 (3): 425-431.
- Hays, R.D., and others. 2000. Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States results from the HIV Cost and Services Utilization Study [On-line]. American journal of Medicine. 108(9), 714-722. Abstract from: www.gateway.ovid.com
- Hedge, B. 1990. The psychological impact of HIV/AIDS. Clinical Psychologist. 2(4): 381-383.
- Herth, K. 1990. Fostering hope in terminally-ill people. Journal of Advance Nursing. 15: 1230-1239.
- Herth, K. 1992. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. Journal of Advanced Nursing. 17 (10): 1251-1259.
- Hinds, P.S., and Martin, J. 1988. Hopefulness and the self-sustaining process in adolescent with cancer. Nursing Research 37 (6) : 336-340.
- Jahoda M. 1958. Currents concepts of positive mental health. New York : Basic Books.

- Jinkuk, H., and others. 2001. Change in Social support and psychological well-being: A longitudinal study of aging mothers of adults with mental retardation [Online]. Available from: <http://www.car.chula.com>
- Jourard, S.M. 1995. Self-Disclosure and Other-Cathexis. Journal of Abnormal and Social Psychology 59 (July – November) : 428-430.
- Jourard, S.M. 1970. Influence of and Interviewer's Disclosure on the Self-Disclosing Behavior of Interviewees. Journal of Counseling Psychology 17 (3): 252-257.
- Jourard, S.M. 1971. The Transparent Self. New York : Litton Educational Publishing, Inc.
- Keller, M.L. 2000. Self Disclosure of HPV Infection to Sexual Partners. Western Journal of Nursing Research 22 (3): 285-302.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A. 1992. AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. American Journal Psychiatry 149: 886-889.
- Kennedy, C.A., and others. 1995. Gender differences in HIV-related psychological distress in heterosexual couples. AIDS CARE 7: 1033-1038.
- Kim, T. 1989. Hope as a mode of coping in amyotrophic lateral sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing 21 (6): 342-347.
- King, B. 1993. Aids HIV and Mental Health. United states of America: Great Britain at the University Press, Cambridge.
- Lader, M., and Marks, L. 1971. Clinical anxiety. New York : Grune and Stratton.
- Lasalle, P.C., and Lasalle, A.J. 2001. Psychological of the Patient with HIV/AIDS. Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 842-856. United State of America: Mosby.
- Lambert, V.A. and others. 1990. Relationships among hardiness, social support, severity of illness, and psychological well-being in women with rheumatoid arthritis [Online]. Health Care for women international, 11(2), 159 – 173. Abstract from: www.gateway.ovid.com
- Liang, J., Wu, S.C., Krause, N.M, Chiang, T.L., and Wu, H.Y. 1992. The Structure of the Mental Health Inventory Among Chinese in Taiwan. Medical Care 30(8) : 659 – 676.
- Lippman, S.B., James, W.A., and Frierson, R.L. 1993. AIDS and the family implications for counselling. AIDS Care 51 (1): 71-78.

- Littlejohn, S.W. 1983. Theories of Human Communication. 3RD ed. California : Wadsworth.
- Lutgendrof S.K., and others. 1998. Changes in cognitive coping skills and social during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV) seropositive gay men. [Online].Psychosomatic-Medicine,60(2), 204 – 214. Abstract from: www.gateway.ovid.com.
- Manne, S.A., and Schnoll. 2001. Measuring Cancer Patients' Psychological distress and well-being: A Factors Analytic Assessment of the Mental Health Inventory : 99 - 109.
- McDowell, I., and Newell, C. 1996. Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaires. 2 nd ed. United States of America: Oxford University Press.
- Miller, J.F. 1985. Hope doesn't necessarily spring eternal-sometimes it has to be carefully mined and channeled. American Journal of Nursing. (January): 23-25.
- Miller, J.F. 1992. Coping with chronic illness. Philadelphia :F.A.Davis company.
- National Outcomes and Casemix Collection. Mental Health Information Development. [Online].Available from [http://www.google.co.th/search?q=NOCC2520Clinical2520 Measure](http://www.google.co.th/search?q=NOCC2520Clinical2520+Measure)
- Nyamathi,A. 1998. Differences in Personal, Cognitive, Psychological, and Social Factors Associated With Drug and Alcohol Use and Nonuse by Homeless Women. Research in Nursing & Health. 21: 525-532.
- O'Connor, A.P., Wicker, C.A., and Germino, B.B. 1990. Understanding the cancer patients search for meaning. Cancer Nursing 13 (3) : 165-175.
- Pender, N.J. 1987. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. New York : Appleton and Lange.
- Pender, N.J. 1996. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. New York : Appleton and Lange.
- Peters, B. 1996. HIV and AIDS: Introduction to the virus and the disease. In Green, J. and McCreaner, A. (Eds), Counselling in HIV infection and AIDS, pp. 1-10. London : Blackwell Science.

- Phillips, K.D., Lutgendorf S.K., and others. 1998. Changes in cognitive coping skills and social during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV) seropositive gay men. [Online]. Psychosomatic-Medicine, 60(2), 204 – 214. Abstract from: www.gateway.ovid.com.
- Phillips, K.D., Sowell, R.L., Rush, C. and Murdaugh. 2001. Psychosocial and Psychologic Correlates of Perceived Health Among HIV-infected Women[Online]. Available from: <http://www.snrs.org.members/SOJNR.articles/iss03vol02b.html> [2002.January 4]
- Ragsdale, D., and Morrow, J.R. 1990. Quality of Life as a Function of HIV Classification. Nursing Research 39 (November – December): 355–359.
- Rakower, D., and Galvin, T.A. 1989. Nourishing the HIV infected adult. Holistic Nursing Practice 3 (4) : 26-37.
- Rollant, P.D., Deppoliti, D.B. 1996. Mental Health Nursing. St Louis : Mosby –Year book.
- Rui, G. 1999. Effect of informational support on psychological well-being of postmastectomy patient. Master of nursing sciene medical and surgical nursing nurse faculty Chiangmai university.
- Ryff, C.D. 1989. Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological welll-being. Journal of Personality and Social Psychology. 57 (6): 1069-1081.
- Ryff, C.D., and Keyes C.L. 1995. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and social psychology. 69 (4): 719–727.
- Sadock, B.J., and Sadock, V.A. 2001. Kaplan & Sadock's Pocket Hand book of Clinical Psychiatry. 3 rd ed. United State of America : P.P.Donnelley Crowdfordsvill.
- Schaefer, C. And others. 1981. The health Related Function of Social Support. Journal of Behavior. 4 : 381–406.
- Scheera, P., Thiechai N., Kanakral., S.1999. The norm profile for the Thai Mental Health Questionnaire Journal Psychiatry Association Thailand 44: 285-297.
- Serovich, J.M., Kimberly, J.A., Mosack, K.E., and Lewis, T.L. The role of family and friend social support in reducing emotional distress among HIV-positive women. AIDS CARE. 13(3): 335-341.

- Sherman, B.F., Bonano, G.A., Wiener, L.S., and Battles, H.B. 2000. When children tell their friends they have AIDS: possible consequences for psychological well-being and disease progression [On-line]. Psychosomatic medicine, 62(2), 238 – 247. Abstract from: [www. Nursecenter.com](http://www.Nursecenter.com)
- Shives, L.R. 1990. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. 2 nd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Shives, L.R. 1994. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. 3 rd ed. Philadelphia : Lippincott.
- Siegel, K., Raveis, V.H., and Karus, D. 1994. Psychological well-being of gay man with AIDS: contribution of positive and negative illness-relate network interactions to depressive mood [CD-ROM]. Social science & Medicine, 39(11), 1555 – 1163. Abstract from: Ovid Items: 1995010580
- Stephenson, C. 1991. The concepts of hope revisited for nursing. Journal of Advanced Nursing 16: 1456-1461.
- Stuart, G.W., and Michele, T.L. 2001. Psychological Care of the Patient with HIV/AIDS. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 7 ed. United state of America. Mosby.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.T. 1988. Principle and practice of psychiatric nursing. 3rd ed. St. Louis : The C.V.Mosby.
- Stuitbergen and Becker. 1984. Patterns of receptions of health in cardiac patients . Journal of psychosomatic research 28: 187-192.
- Susser, E., Valencia, E., and Conover, S. 1993. Prevalence of HIV Infection among Psychiatric Patient in a New York City Men's Shelter. Public Health Briefs 83 (April) : 568 –570.
- Thompson, S.C., Nanni, C., and Levine, A. 1996. The stressors and stress of being HIV-positive. AIDS CARE. 8 (1): 5–14.
- Thorndike. R,B. 1978. Correlation procedures For Research. 182 - 184. New York : Gradney Press.
- Trubowitz J. 1994. Historical overview, personality theories and classification of mental illness. In : Varcarolis EM, ed, Foundations of psychiatric mental health nursing, 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders.

- Uthis, Penpaktr. 1999. The effect of commitment to caregiver role, stressors, appraisal of stress, coping resources, and coping response on emotional well - being among HIV/AIDS family caregivers in Thailand. Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Frances Payne Bolton School of Nursing. Case Western Reserve University.
- Veit, C.T., and Ware J.E. 1983. The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51 (5): 730-742.
- Videbeck, S.L. 2001. Psychiatric Mental Health Nursing. United state of America : Lippincott.
- Walker and Jenifer. 2002. Rural Women with HIV and AIDS ; Perception of Service Accessibility, Psychosocial and Mental Health Counseling Need [On-line]. Available from: <http://search.epnet.com/direct.asp?an=74971998db=ath>
- Wamboldt, B. and Melason, P.M. 1995. Emotion coping, and psychological well-being elderly people with arthritis. Western Journal of Nursing Research, 17 : 250-265.
- Wills, T.A., and Cohen.S. 1985. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin 98 (2) : 310-357.
- Winert, C. 1987. A social support measure : PRQ 85. Nursing Research 36 (5): 273-277.
- World Health Organization. 1981. Report on indicators for monitoring progress in mental health WHO regional advisory group meeting on mental health.
- Xuan, C. and Merrill, S. 2000. Intergenerational Social support and The Psychological Well-Being of Older Parents in China [Online]. Available from: <http://www.car.chula.com>



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

- | | |
|---------------------------------|---|
| 1. พันโท เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า |
| 2. รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี | อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. ผศ.ดร.คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. อาจารย์ดร.ชฎานิน บุญพงษ์มณี | อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 5. อาจารย์ภััสรา ศิริรินทร์ภานุ | อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย |
| 6. นางสาวลีซ่า กันทมมาลา | นักจิตวิทยา สำนักโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค |
| 7. นางสาวลดาวัลย์ ผาสุก | พยาบาลวิชาชีพ 7 วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยดิฉัน นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การ
รับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็น
แนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ต่อไป

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิด
ความรู้สึกและตรงตามข้อเท็จจริงของท่าน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที คำตอบของท่านมี
ความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ ล่วงด้วยดี และในระหว่างตอบแบบ
สอบถามหากท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ ท่านสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบ
ถามครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อบริการที่ท่านได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือเป็นความลับ คำ
ตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมและใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ
เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)

ผู้วิจัย

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ / /

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม
ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์ แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึก ความ
คิดเห็น การรับรู้ของตนเอง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความซ้ำๆ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับ
คำตอบของผู้รับการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 6 ส่วน ได้แก่

- | | |
|-----------|------------------------------|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามความหวัง |
| ส่วนที่ 6 | แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ |

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่
ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้รับการสัมภาษณ์ และเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การวินิจฉัยโรค Asymptomatic HIV Patients Symptomatic HIV Patients

AIDS Patients

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสภาพจิตใจของท่านที่เกิดขึ้นในขณะติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ว่า เกี่ยวกับสิ่งที่ท่านรู้สึกและสิ่งต่างๆ ได้เกิดกับท่านอย่างไร แล้วใส่เครื่องหมาย × ในข้อที่ท่านว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา.....

1. ท่านมีความสุข กับชีวิตส่วนตัวของท่าน

มีความสุขสูงสุด, ไม่น่าจะมีสูงกว่านี้แล้ว

มีความสุขมากเกือบตลอดเวลา

โดยทั่วๆ ไปเป็นที่พอใจ-ดีใจ

บางครั้งก็พอใจปานกลาง-บางครั้งก็ไม่พอใจ

โดยทั่วไปจะไม่ใช่เป็นที่พอใจ, ไม่มีมีความสุข

ไม่พอใจอย่างมาก, ไม่มีมีความสุขเกือบตลอดเวลา

2. ท่านรู้สึกมีความหวังในอนาคต

ตลอดเวลา

เกือบตลอดเวลา (ส่วนใหญ่)

มี/หรือเกิดพอสมควร

บางเวลา พอจะมีบ้าง

ส่วนน้อย หรือแทบจะไม่มี

ไม่เคยเลย

3. ท่านรู้สึกว่าชีวิตประจำวันของท่านเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ

ตลอดเวลา

เกือบตลอดเวลา (ส่วนใหญ่)

มี/หรือเกิดพอสมควร

บางเวลา พอจะมีบ้าง

ส่วนน้อย หรือแทบจะไม่มี

ไม่เคยเลย

4. ท่านรู้สึกไม่เครียด ไม่วิตกกังวล

ตลอดเวลา

เกือบตลอดเวลา (ส่วนใหญ่)

มี/หรือเกิดพอสมควร

บางเวลา พอจะมีบ้าง

ส่วนน้อย หรือแทบจะไม่มี

ไม่เคยเลย

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

30. ท่านรู้สึกไม่มีความหวังอะไรเลย

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เสมอ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บ่อยมาก | <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่ |
| <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

31. ท่านรู้สึกว่าอารมณ์ของท่านมีความมั่นคง ไม่แปรปรวนง่าย

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> บางเวลา พอจะมีบ้าง |
| <input type="checkbox"/> เกือบตลอดเวลา (ส่วนใหญ่) | <input type="checkbox"/> ส่วนน้อย หรือแทบจะไม่มี |
| <input type="checkbox"/> มี/หรือเกิดพอสมควร | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

32. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้โดยไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เสมอ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บ่อยมาก | <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่ |
| <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

33. ท่านเกิดความรู้สึกว่าหากท่านตายคนอื่นๆ หรือสิ่งต่างๆ คงจะดีขึ้น

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เสมอ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บ่อยมาก | <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่ |
| <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

34. ท่านรู้สึกว่าไม่มีสิ่งใดที่เป็นไปตามที่ท่านต้องการ

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เสมอ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บ่อยมาก | <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่ |
| <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

35. ท่านรู้สึกตกต่ำ ไม่มีสิ่งใดกระตุ้นให้ท่านรู้สึกดีขึ้น

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เสมอ | <input type="checkbox"/> บางครั้ง |
| <input type="checkbox"/> บ่อยมาก | <input type="checkbox"/> เกือบจะไม่ |
| <input type="checkbox"/> บ่อย | <input type="checkbox"/> ไม่เคยเลย |

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบการเปิดเผยตัวเองของท่านที่เกิดขึ้นในขณะติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย X ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านปานกลาง

เป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมของท่านน้อย

หมายเหตุ บุคคลใกล้ชิด หมายถึง พ่อ แม่สามี ภรรยา หรือ เพื่อน

| ข้อความ | เป็นจริง มาก | เป็นจริง ปาน กลาง | เป็นจริง น้อย |
|--|-----------------|-------------------------|------------------|
| 1. ท่านคิดว่าการบำบัดรักษาโรคเอดส์เป็นเรื่องที่ไม่ควรให้คนอื่นรู้ | | | |
| 2. ท่านไม่กล้าคุยกับบุคคลใกล้ชิดเรื่องพฤติกรรมทางเพศของท่านเพราะคิดว่าเป็นเรื่องที่ควรปกปิด | | | |
| 3. ท่านไม่กล้าบอกบุคคลใกล้ชิดว่าท่านเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เนื่องจากกลัวถูกรังเกียจ | | | |
| . | | | |
| . | | | |
| 39. ท่านบอกให้บุคคลใกล้ชิดทราบว่าคุณดูแลตนเองอย่างไรขณะติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเป็นเอดส์ | | | |
| 40. ท่านปกปิดไม่ให้คุณใกล้ชิดสังเกต เห็นว่าท่านป่วยเป็นโรคเอดส์ด้วยวิธีต่างๆ เช่น ใส่เสื้อแขนยาวเพื่อปิดบังตุ่ม/ผื่นที่ผิวหนัง | | | |
| 41. ท่านรับฟังความคิดเห็นของบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาและของท่านที่เปลี่ยนไปขณะเจ็บป่วย | | | |

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของท่าน ในขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย X ลงในช่องว่างให้ตรงกับที่ท่านประสบท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบประสบทุกประการ

เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบประสบส่วนใหญ่

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคทั้งหมดตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบประสบปานกลาง

ไม่เป็นจริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความในประโยคทั้งหมดไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบประสบเป็นส่วนใหญ่

ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคทั้งหมดไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ผู้ตอบประสบเลย

| ข้อความ | เป็นจริงทั้งหมด | เป็นจริงส่วนใหญ่ | เป็นจริงปานกลาง | ไม่เป็นจริงส่วนใหญ่ | ไม่เป็นจริงเลย |
|--|-----------------|------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| 1. มีผู้ที่แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านไม่สบายใจ | | | | | |
| 2. ในขณะนี้ท่านไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวอ้างว้าง | | | | | |
| 3. มีบุคคลที่ท่านไว้วางใจจนสามารถพูดคุยปรึกษาหารือ หรือ ระบายความคับข้องใจ | | | | | |
| . | | | | | |
| . | | | | | |
| 27. มีผู้แบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัวของท่านในยามขาดแคลน | | | | | |
| 28. มีผู้อำนวยความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์ เมื่อท่านมีความต้องการ/หรือมีความจำเป็น | | | | | |

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความหวัง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความคาดหวังของท่าน ในขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมาย × ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดท่านมากที่สุด
เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่าน
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกและความคิดของท่านมากที่สุด

| ข้อความ | เห็นด้วยอย่างยิ่ง | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง |
|--|-------------------|----------|-------------|----------------------|
| 1. ท่านคิดว่าชีวิตในอนาคตของท่านจะดำเนินไปได้ด้วยดี แม้จะเจ็บป่วย | | | | |
| 2. ท่านมีเป้าหมายในชีวิต (อาจจะเป็นในขณะนี้ หรืออนาคตที่ยังมาไม่ถึง) | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกหมดหวังกับชีวิตในอนาคตของท่าน | | | | |
| 4. ท่านเชื่อว่าท่านมีกำลังกาย กำลังใจเพียงพอที่จะต่อสู้ชีวิตในแต่ละวัน | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| . | | | | |
| 8. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้างเหมือนอยู่คนเดียวในโลก | | | | |
| 9. มีคนที่ทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ | | | | |
| 10. ท่านได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากคนอื่น | | | | |
| 11. ท่านได้ให้ความรักความเอาใจใส่แก่คนอื่น | | | | |

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของท่าน ในขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แต่ละข้ออยู่ในช่วง 0 - 100 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย x ลงในช่องว่างให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน ก่อนได้รับเชื้อเอชไอวี ดีเพียงใด



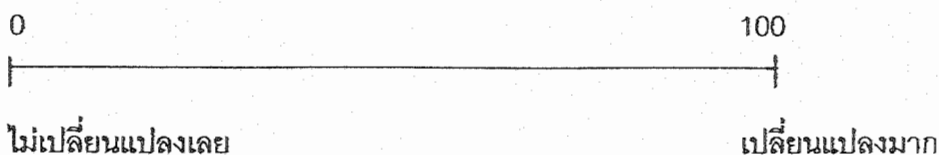
2. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน ในปัจจุบันนี้ ดีเพียงใด

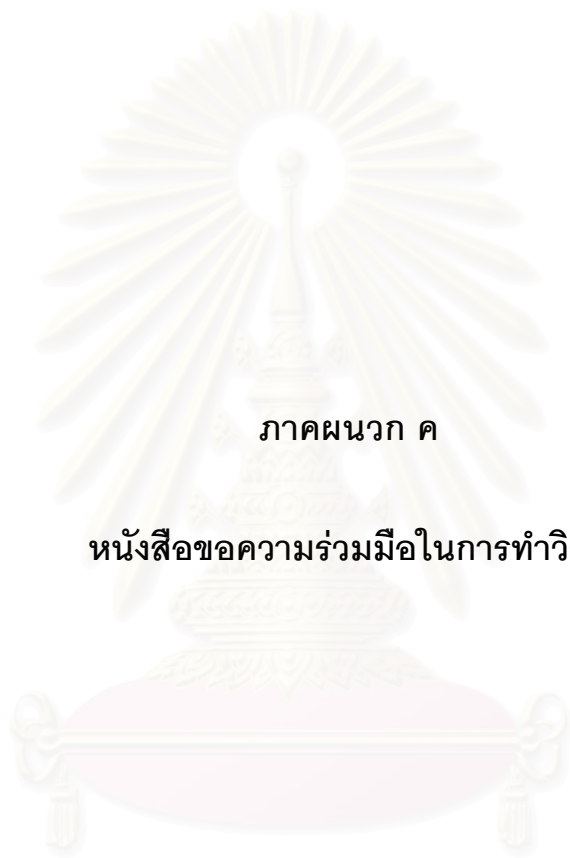


9. ในปัจจุบันนี้ ท่านสามารถร่วมกิจกรรมในสังคมได้มากเพียงใด



10. รูปร่างหน้าตาของท่าน ภายหลังการติดเชื้อเอชไอวี เปลี่ยนแปลงไปเพียงใด





ภาคผนวก ค

หนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

6 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็น วิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความหวัง ของ มารยาท วงษาบุตร จาก วิทยานิพนธ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี (2539) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว ทำหน้าที่ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์ และ เครื่องมือแบบวัดการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ของ ปิยะพันธุ์ นันตา จากวิทยานิพนธ์เรื่อง การรับรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถของ ตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (2541) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร การพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย ทำหน้าที่ประธานควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายจัดการศึกษา กิจการนิสิต

โทร. 02-2189825 โทรสาร 02-2189806

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

13 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันโท เอนกวิช เต็มบุญเกียรติ จิตแพทย์ประจำกองจิตเวชและประสาทวิทยา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการกองจิตเวชและประสาทวิทยา, พันโทเอนกวิช เต็มบุญเกียรติ

งานจัดการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต นางสาวบุษดี ศรีคำ โทร. 09-157-3833

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

13 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวลีซ่า กันธมาลา นักจิตวิทยา 8 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวลีซ่า กันธมาลา

งานจัดการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต นางสาวบุษดี ศรีคำ โทร. 09-157-3833

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท
กรุงเทพฯ 10330

13 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ภัศรา ศรินทร์ภานุ อาจารย์ระดับ 6 หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ภัศรา ศรินทร์ภานุ

งานจัดการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต นางสาวบุษดี ศรีคำ โทร. 09-157-3833

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

19 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโคก

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันเวลา และสถานที่ ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางสาวบุษดี ศรีคำ ได้ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานจัดการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ชื่อนิสิต

นางสาวบุษดี ศรีคำ โทร. 09-157-3833

ที่ ทม 0342 /

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท

กรุงเทพฯ 10330

19 กุมภาพันธ์ 2546

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันบาราศนราดรุร

เนื่องด้วย นางสาวบุษดี ศรีคำ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเปิดเผยตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทางจริยธรรมของการวิจัยตามมติของคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเปิดเผยตัวเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความหวัง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามเพื่อวัดสุขภาพจิต จากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ณ ตึกผู้ป่วยนอก เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วันเวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือให้ นางสาวบุษดี ศรีคำ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษาและกิจการนิสิต

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล, หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก

งานจัดการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ โทร. 01-555-5879

ที่อนิสิต

นางสาวบุษดี ศรีคำ โทร. 09-157-3833

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวบุษดี ศรีคำ เกิดวันที่ 12 มีนาคม 2517 ที่จังหวัดอุตรดิตถ์ สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีการศึกษา 2538 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2544

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลบ้านโคก อ.บ้านโคก จ. อุตรดิตถ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย