

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากแหล่งความรู้ต่างๆทั้งตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาดังนี้

1. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 1.2.1 ด้านร่างกาย
 - 1.2.2 ด้านจิตสังคม
 - 1.3 แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลกระทู้มแบน
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 อาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ภาวะซึมเศร้าและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรัง
 - 3.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 3.4 การสูญเสียพลังอำนาจ
 - 3.5 การตอบสนองเมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ
 - 3.6 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 - 3.6.1 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ
 - 3.6.2 การขาดแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ
 - 3.7 บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด
5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

เอดส์ (AIDS) มาจากคำว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง อันเนื่องมาจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537) โรคเอดส์พบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกันชนิดต่างๆ โดยเฉพาะ Helper T-lymphocytes เมื่อจำนวน CD4 และ T-lymphocytes ลดลง ผลจากการที่ภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมลงทำให้เกิดความอ่อนแอเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540 อ้างถึงใน ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, 2547)

เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสใน family retroviridae และอยู่ใน Genus HIV มี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ HIV-1 และ HIV-2 เชื้อเอชไอวีมีรูปร่างทรงกลม มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 100 - 200 นาโนเมตร แกนกลางเป็นรูปทรงกระบอก ประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ p 24 ส่วนเปลือกด้านนอกมีไกลโคโปรตีนห่อหุ้มอยู่ประกอบด้วย gp 120 และไกลโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในเปลือกนอกคือ gp 41 เชื่อว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการ fusion ระหว่างผิวเปลือกของไวรัสกับเซลล์คน มีสายพันธุกรรมสายเดี่ยว แต่มีจำนวนโครโมโซมจำนวน 2 ชุด (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2540 อ้างถึงใน ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, 2547)

1.2 ผลกระทบด้านต่างๆ ที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2.1 ด้านร่างกาย

ภายหลังจากที่ร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะอาการของโรค จนเกิดผลกระทบต่อสภาพร่างกายตามมา โดยระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการแสดงของโรคต่างๆ ชัดเจน อาจพบอาการเช่นเดียวกับการติดเชื้อเฉียบพลันอื่นๆ เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ไข่ออกผื่น ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาการต่างๆ เหล่านี้จะหายไปอย่างรวดเร็วประมาณ 1 สัปดาห์ (Peters, 1996) ต่อมาหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้มีการดูแลตนเอง ก็จะทำให้มีการเจริญเติบโตของเชื้อโรคเอดส์ในร่างกายที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อร่างกายก่อให้เกิด

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ต่อมาน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย เบื่ออาหาร ท้องเสียเรื้อรัง อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ ไอเรื้อรัง (ข้าวบุญชัย สุภรัตน์ภิญโญ, 2535; Rakower and Galvin, 1989) มีการติดเชื้อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอ่อนแอ บางรายมีการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาท ทำให้เกิดอาการทางจิตความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ชัก กระตุก และมีอาการทางสมองอื่นๆ เป็นต้น

1.2.2 ด้านจิตสังคม

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเกิดการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการเผชิญกับโรคที่ร้ายแรง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายมีปฏิกิริยาที่รุนแรงมาก โดยจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะปรับตัวต่อวิกฤตการณ์ (Initial crisis) ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่ยอมรับความจริง ตกใจ สับสน ตื่นตระหนก และหวาดกลัว (บังอร สิริโรจน์ และคณะ, 2537) ในระยะต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกหลายๆ อย่างปะปนกัน เป็นระยะของการปรับเปลี่ยน (Transition state) โดยเริ่มมีการยอมรับความจริงบ้าง อาจมีความรู้สึกโกรธจากการควบคุมตนเอง รู้สึกผิด ลงโทษตนเอง สงสารตนเอง ในบางครั้งอาจมีลักษณะปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2538) ผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งใน 2 ระยะนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิ้นหวัง ซึมเศร้า และมีอาการทางจิต เช่น โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) ภาวะหลงลืม (Delirium) การปรับตัว (Adjustment disorder) ซึ่งปัญหาการปรับตัวนี้ พบประมาณร้อยละ 5 – 20 (Sadock and Sadock, 2001) ซึ่งพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย (Flaskerud, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลายทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 50 ป่วยเป็นโรคจิตประสาท (Neuropsychiatric) (Sadock and Sadock, 2001) ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อประคับประคองให้สามารถปรับตัวจนยอมรับความจริงได้ ก็จะเข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นระยะปรับตัวและยอมรับความจริง (Acceptance) โดยผู้ติดเชื้อจะเริ่มตั้งเป้าหมายของชีวิตที่มีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับความเป็นจริง (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับผลกระทบทางด้านสังคมเนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคมบางกลุ่มที่เกิดการหวาดกลัว รังเกียจ รวมทั้งไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Durham and Cohen, 1991) ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก ทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำลายสัมพันธภาพภายในครอบครัว และมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่ ผลกระทบภายในครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกวิตกกังวลต่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ติดเชื้อและยังมีความรู้สึกว่ามีตราบาปเกิดขึ้นในครอบครัว (Gee,

1988) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มักจะก่อให้เกิดภาวะตึงเครียดและนำไปสู่ปัญหาวิกฤตในครอบครัว กลัวชุมชนและสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ปฏิเสธที่จะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ การติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว เมื่อมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีและเสื่อมลงเรื่อยๆ ร่วมกับการรังเกียจและไม่ยอมรับของสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีงานทำ ขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งตนเองได้อีกต่อไป และต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีก (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537) ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจได้มากขึ้น นอกจากนี้การติดเชื้อเอชไอวีก็อาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานเป็นกำลังสำคัญทางด้านแรงงานของประเทศ ทำให้ประเทศชาติสูญเสียแรงงานจากทรัพยากรบุคคล และสูญเสียผลผลิตจากการที่ผู้ใช้แรงงานเจ็บป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2537)

1.3 แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลกระทู้มแบน

โรงพยาบาลกระทู้มแบนเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาดอัตราการครองเตียง 120 เตียง ที่ยังไม่มีกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง ไม่มีจิตแพทย์ในการดูแลและให้การรักษาผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช แต่มีการมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพในคลินิกส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการอบรมทางสุขภาพจิตโดยกรมสุขภาพจิต มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเหนือจากงานในหน้าที่หลัก โดยให้การพยาบาลและการดูแลสุขภาพจิตผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย และให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ตามโครงการการดูแลและป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก และโครงการการดูแลครอบครัวหญิงหลังคลอด (CARE) สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งอยู่ในความดูแลของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และกลุ่มการพยาบาล โดยให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นระบบเครือข่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยมีแนวทางในการดูแลดังนี้

1.3.1 เมื่อผู้รับบริการตรวจเลือดเพื่อต้องการทราบการติดเชื้อ โรคเอดส์
พยาบาลบริการให้คำปรึกษา กรณีพบผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Pre – Post Counseling)

1.3.2 พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาแจ้งข้อมูล วัตถุประสงค์ ในการเข้าโครงการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือชมรมคะวันส่องใจ

1.3.3 พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาแจ้ง วัน เวลา และสถานที่ ที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในอังคารแรกของทุกเดือน

1.3.4 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียินยอมเข้าโครงการโดยความสมัครใจ ชักประวัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแบบฟอร์มพร้อมชี้แจงข้อมูลตามสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี เซนต์ชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ

1.3.5 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการตรวจประเมินร่างกายโดยการ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ส่ง X-RAY ปอด และตรวจเลือดหาระดับ CD 4, C B C, SGOT, SGPT, ในร่างกาย ตรวจเสมหะ เพื่อการตรวจคัดกรอง และเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคลายฉวยจากโรควัณโรคปอด พบแพทย์เพื่อรับการตรวจร่างกายและรับยาตามโครงการ

1.3.6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้ต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง ข้อมูลข่าวสาร ตามนโยบาย สิทธิประโยชน์ต่างๆ จากพยาบาลวิชาชีพและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับเชิญหรืออาสาสมัครแกนนำจากชมรมอื่น ตามความเหมาะสม

1.3.7 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้เรื่อง การใช้ยาและภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยเภสัชกรที่ร่วมรับผิดชอบโครงการ ตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดมีฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้นจะได้รับการตรวจสอบอาการ อาการข้างเคียงของยาที่ไม่พึงประสงค์อย่างละเอียดจากเภสัชกรที่รับผิดชอบ

1.3.8 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้เรื่อง การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์ ตามความเหมาะสม

1.3.9 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการนัดหมาย เพื่อการรับบริการในครั้งต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าพอสรุปได้ดังนี้

กอร์ดอน (Gordon, 1999) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและควรได้รับการบำบัด

บีเบอร์ (Beeber, 1996) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ อ่อนเพลีย รู้สึกว่าตนเองสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติในด้านลบต่อตนเอง มองโลกในแง่ร้ายมองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ชัดเจน จันทรพัฒน์ (2543) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า คือปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีภาวะตึงเครียด แสดงออกในรูปแบบของภาวะเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ การคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่

อ้างอ้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง
 สิ่งแวดล้อมและอนาคต

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า คือ การที่บุคคลมีความ
 ผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการ
 สัมคมกับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะ
 ซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน
 หมดอาลัยตายอยากโดยมีระดับความรุนแรงระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน จนเกิดผลกระทบทางคำพูด
 ความคิด พฤติกรรมและร่างกายผู้ป่วย ตลอดจนเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันหน้าที่การงาน
 และสังคม

Beck (1967) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของบุคคลด้านจิตใจ
 ต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์
 ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งใน
 แต่ละด้านมีลักษณะสำคัญ ดังนี้ ความเบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์ ได้แก่ความโศกเศร้า หดหู่ และ
 ไม่มีอารมณ์สนใจในสิ่งต่างๆ ร้องไห้ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ ได้แก่ มี
 ความคิดอัตโนมัติในแง่ลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต ตัดสินใจไม่ได้ บิดเบือน
 ภาพลักษณ์ของตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจ หลีกหนีพฤติกรรมลอยหนี เพิ่มความคิดฟุ้ง
 ฟุ้งผู้อื่น ความคิดล่าช้า มีความพึงพอใจที่ผิดปกติ สูญเสียแรงขับทางเพศ และความเบี่ยงเบนด้าน
 ร่างกายและพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการลอยหนี เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ การปฏิบัติ
 กิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิมในทางเชิงซ้าลง ส่วนระดับความรุนแรง ของภาวะซึมเศร้า
 Beck ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และภาวะ
 ซึมเศร้าอย่างรุนแรง

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าดังกล่าว สรุปได้ว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการ
 แสดงออก ถึงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกไร้คุณค่า ต้อยต่ำ มีความคิดอัตโนมัติในแง่ลบ
 ต่อตนเอง บิดเบือนภาพลักษณ์ต่อตนเองจากความเป็นจริง ขาดแรงจูงใจมีพฤติกรรมลอยหนีต่อ
 สิ่งแวดล้อมและอนาคต และอาจมีความคิดอยากตายร่วมด้วย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของ
 บุคคลด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติ หรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบน
 ทางอารมณ์ ความเบี่ยงเบนทางด้านความคิดและการรับรู้ และความเบี่ยงเบนด้านร่างกายและ
 พฤติกรรม

2.2 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า มีผู้อธิบายไว้หลายประการผสมผสานกัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านร่างกาย

1) ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม (Genetic transmission) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะความบกพร่องทางพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง โดยจากการศึกษา คู่แฝดไข่ใบเดียวกันที่คนหนึ่งมีความผิดปกติทางอารมณ์พบว่า คู่แฝดอีกคนหนึ่งมีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางอารมณ์ร้อยละ 65 ขณะที่คู่แฝดไข่คนละใบ พบเพียง ร้อยละ 14 มีการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง มีภาวะซึมเศร้าลูกมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ถึง ร้อยละ 50

2) ทฤษฎีทางชีวเคมี (Biochemical theory of depression) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง ซิลดรอท (Schildkraut, 1965 cited in Beck, 1967) ได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่า Catecholamine hypothesis ซึ่งกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารจำพวกแคททีโคลามีน โดยเฉพาะนอร์อิพิเนฟฟิน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) โดพามีน (Dopamine) ที่มี Receptor site ในสมอง โดยสารเหล่านี้จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และจากการศึกษาของ ซาโน (Sano, 1989 อ้างถึงใน ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545) พบว่า ระดับความเข้มข้นของสารซีโรโทนินจะลดต่ำลงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับโรคสมองเสื่อม หรืออาจเนื่องมาจากพันธุกรรม องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมหรืออาจเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเองที่มีสภาวะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความคับข้องใจในระยะปาก (Oral stage) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง (Narcissistic personality) เมื่อผิดหวังบุคคลเหล่านี้จะแสดงอารมณ์ก้าวร้าวระหว่างความเศร้าโศกเสียใจกับความโกรธ และเชื่อว่าอารมณ์เศร้าโศกและความโกรธเป็นปฏิกิริยาโต้ตอบที่เกิดจากการสูญเสียอาจเป็นการสูญเสียจริงหรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan & Sadock, 1989) เมื่อเกิดความรู้สึกสองอย่างในเวลาเดียวกัน จึงเกิดความลังเลใจ รู้สึกสำนึกผิดในใจตนเองเป็นความรู้สึกที่ไม่ดี โดยมุ่งเข้าหาตนเองทำให้กลายเป็นโกรธและเกลียดตนเอง ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยเศร้ามาก มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความหมายใดๆ ไม่มีความหวังและเชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่ดี (Collins, 1983)

2) ทฤษฎีพัฒนาการ และประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับความล้มเหลวของตนเอง การถูกทอดทิ้งโดยเฉพาะจากบุคคลที่มีความสำคัญใน 6 เดือนแรกของชีวิต

ทำให้บุคคลมีความรู้สึกเศร้า มีความคิด และความหวังเกี่ยวกับตนเองในทางลบ ไม่สามารถปรับตัวได้

ซูลิแวน (Sullivan) เชื่อว่าความขัดแย้งในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) หรือสภาพของสังคมรอบตัวเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า

2.2.3 ปัจจัยด้านการรู้คิด

ทฤษฎีด้านปัญญา (Cognitive theory) พบว่าความเศร้าเกิดจากการที่บุคคลมีความคิดต่อตนเองในด้านลบคิดโทษตนเอง ทำร้ายตนเอง Beck (1967) ได้ระบุถึงความคิดที่ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าไว้ 3 ประการคือการมีความคิดในด้านลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อมและต่ออนาคต ซึ่งรูปแบบทั้ง 3 ประการคือ

1) รูปแบบการมีความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนาอันเนื่องมาจากข้อบกพร่องที่ตนเองคิดขึ้นมาเอง ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตขณะนั้นเต็มไปด้วยภาวะอุปสรรค หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวดทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดก็จะแปลสถานการณ์นั้นไปทางลบ จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3) รูปแบบการมีความคิดในด้านลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายความทุกข์ยากในปัจจุบันว่าจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าชีวิตก็จะมีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีความลดน้อยลงจะมีแต่ความคับข้องใจและความสูญเสีย เมื่อพบกับสถานการณ์ปัจจุบันก็จะมองล่วงหน้าไปว่าอนาคตจะเป็นสิ่งที่มีปัญหาต่อไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต สูญเสียความหวังในอนาคต และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดทฤษฎีด้านปัญญา สามารถให้การช่วยเหลือและป้องกันได้ โดยการวินิจฉัยให้พบตั้งแต่เริ่มแรก แยกแยะ ทำความกระจ่าง ช่วยให้บุคคลเกิดความคิดในทางบวก จะเป็นผลทำให้หวังจริงของภาวะซึมเศร้าถูกตัดไปทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า หรืออย่างน้อยที่สุดก็ช่วยไม่ให้อยู่ในระดับที่เป็นอันตราย (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979; อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

2.2.4 ปัจจัยด้านสังคม

สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากจารีต ประเพณี และวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัว อีกประการหนึ่งคือ การขาดการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการประสบกับการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเองจากการเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ การสูญเสียชีวิต

2.3 อาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนมากจะเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม จะมีลักษณะอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

อารมณ์เศร้า ความรู้สึกของอารมณ์เศร้ามีหลายอย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส หรือใจคอเศร้าหมอง เป็นต้น ผู้ป่วยจำนวนมากมักไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองมีอารมณ์เศร้าหรืออาจมีความคิดว่าไม่สำคัญจึงไม่อยากพูดถึง ดังนั้นเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าน่าจะมีภาวะซึมเศร้าจึงควรจะต้องสอบถามอารมณ์หรือความรู้สึกด้วยเสมอ อารมณ์เศร้าไม่จำเป็นมีอยู่ตลอดเวลาบางเวลาอาจมีภาวะเศร้าน้อย บางเวลาอาจมีภาวะเศร้ามาก ส่วนมากผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงตอนเช้า และจะมีอาการดีขึ้นในช่วงตอนเย็นหรือค่ำ

อารมณ์หงุดหงิดโกรธง่าย พบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงนี้แต่ควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้ และมักจะรู้สึกเสียใจเมื่อทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว ผู้ป่วยมักจะเกิดความไม่สบายใจและมีความเข้าใจว่าไม่มีใครเข้าใจตนเองว่าตนเองไม่สบายและตนเองก็ไม่อยากมีอาการเช่นนั้น แต่เมื่อรู้สึกหงุดหงิดก็ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ความรู้สึกเบื่อและรู้สึกหมดความสนใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่อและหมดความสนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำ กิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบก็จะรู้สึกเบื่อและไม่สนใจตนเองดังที่เคยทำ ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ความรู้สึกทางเพศและความสนใจในการดูแลตนเองจะลดลงหรือไม่มีเลย

นอนไม่หลับ มักจะปรากฏอาการในระยะแรกๆ ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับเป็นเวลา 1-2 สัปดาห์นำมาก่อนอาการอื่นแต่เมื่อมีอาการมากขึ้น มักจะเกิดอาการนอนไม่หลับในช่วงระยะปลาย (terminal insomnia) คือ เมื่อเข้านอนผู้ป่วยจะมีอาการหลับได้ตามปกติแต่จะตื่นตอนดึกแล้วนอนไม่หลับ หรือหลับได้ยาก บางรายนอนไม่หลับแบบตื่นเช้ากว่าปกติ (early morning awakening)

อาการอ่อนเพลีย ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง และมีอาการเป็นอยู่ตลอดเวลา การพักผ่อนหรือการนอนหลับไม่ได้ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

ความคิดเรื่องซ้ำ ตั้งแต่เริ่มไม่สบายผู้ป่วยจะมีความคิด การเคลื่อนไหวตลอดจนการพูดจาเรื่องซ้ำ ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีการเวียนแยกตัวและซึมลง ความสนใจในสิ่งต่างๆลดลงขาดความกระตือรือร้นในชีวิต ไม่ร่าเริงแจ่มใสเหมือนที่เคย ผู้ป่วยเองก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ และเกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ และจะพยายามฝืนตัวเอง การกระทำต่างๆ จะเป็นการฝืนใจ เช่น การพูด การแต่งตัว การทำงานและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยายามทำให้เหมือนปกติแต่ก็ทำไม่ได้

สมาธิเสีย จะมีอาการหลงลืมง่ายความจำไม่ดี โดยจะเริ่มมีอาการตั้งแต่เริ่มไม่สบายผู้ป่วยประมาณร้อยละ 90 มีอาการเช่นนี้ ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลเพราะเกรงว่าจะทำงานไม่ได้แล้วจำไม่ได้หรือทำสมาธิอย่างปกติไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพราะเกรงว่าจะทำงานไม่ได้ดี หรือทำงานไม่ได้เนื่องจากกลัวข้อผิดพลาด โดยเฉพาะงานที่ต้องใช้สมองและความจำ

ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ผู้ป่วยส่วนมากจะมีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า หรือหมดความสำคัญต่อใครๆ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดีในด้านต่างๆ เช่นความสามารถ สติปัญญาหรือเกียรติยศชื่อเสียง ความคิดเช่นนี้ถ้ามีมากและรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอยากตายและฆ่าตัวตายได้เพราะผู้ป่วยจะมองตนเองในด้านไม่ดีและไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ครุ่นคิดแต่ว่าตนเองไม่มีคุณค่าถ้าไม่มีตนเองทุกคนคงจะสบายดังนั้นจึงควรตายไปเสีย

รู้สึกมีความผิด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากมักจะมีความรู้สึกผิด และตำหนิตนเองทั้งๆที่ตนเองไม่มีความผิดใดๆ หรือถ้ามีก็เป็นเรื่องไม่สำคัญ ไม่น่าจะตำหนิตนเองมากขนาดนี้ ยังมีภาวะซึมเศร้ามากก็จะมีความรู้สึกผิดมากและรุนแรง ผู้ป่วยจะคิดว่าตนเองทำความผิด เป็นคนไม่ดีสมควรถูกลงโทษ ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดอยากตายและฆ่าตัวตายซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายที่สุดของโรคนี้

ความคิดอยากตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดอยากตายมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยจะหาทางหนีจากความทุกข์ความทรมาน และมีความคิดว่าความตายเป็นทางออกที่ผู้ป่วยสามารถนึกถึงเป็นครั้งแรก

ความกลัวและความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะมีความกลัวและความวิตกกังวลไปต่างๆ ความกลัวและความวิตกกังวลจะวนเวียนอยู่ในความคิดของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำใจให้สงบได้

อาการทางร่างกาย ผู้ป่วยมักมีอาการทางกายร่วมด้วยเสมอ เกิดได้กับอวัยวะทุกระบบ ซึ่งอาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เจ็บหน้าอกเป็นต้น

ระดับของภาวะซึมเศร้าและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกได้เป็นระดับต่างๆ กันตามความรุนแรง และแต่ละระดับจะแสดงอาการและลักษณะแตกต่างกันออกไป เบค (Beck, 1967) ได้แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นครั้งคราว บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่อรูปลักษณ์ของตนเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ ถึงแม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก พฤติกรรมที่แสดงออกมีดังนี้

2.1 ด้านอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้า มีอารมณ์เศร้าเป็นสำคัญ เช่น จะมีอารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงานต่างๆ มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ค่าไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีกำลังใจ เป็นคนไม่มีความสามารถ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย มีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี ไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง หดหู่ ไม่แจ่มใส มีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ มีความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลงและฉุนเฉียวง่าย

2.2 ด้านปัญญา ผู้ที่มีความซึมเศร้าประเมินตนเองต่ำ เช่น มีความคิดว่าตนเองมีความล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกว่าอนาคตสิ้นหวัง ต่ำหนืดเตี้ยตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองจะต้องได้รับการตำหนิหรือการลงโทษ มีความยากลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ และมองภาพลักษณะตนเองบิดเบือนไป ส่วนด้านกระบวนการความคิดจะมีความสนใจคับแคบ ไม่มีสมาธิ ลังเล ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย มีผลทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจต้องการฆ่าตัวตาย

2.3 ด้านแรงจูงใจ ผู้ที่มีความซึมเศร้า สูญเสียแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ห่อหุ้มสิ้นหวัง รู้สึกเหนื่อยหน่ายและต้องการแยกตัวเองออกจากสังคม ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จะทิ้งสังคมทีละน้อยและสนใจตนเองมากขึ้น พยายามมองหาคุณค่าในตนเอง ถ้าไม่พบเริ่มไม่แน่ใจ สงสัยคุณค่าในตนเอง ขาดความนับถือตนเอง ไม่มีความภูมิใจในตนเอง จากนั้นบุคคลจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อนและละทิ้งสังคม หรือต้องการที่จะตาย

2.4 ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความอยากรับประทานอาหารลดลงมีความอยากลำบากในการนอนหลับ มีความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่ มีเลย รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลดและเชื่อว่าตนเองป่วยมีความผิดปกติด้านประสาทสัมผัสทางกาย มีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร บางรายจะ

แสดงอาการตรงกันข้ามคือ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเองการเคลื่อนไหวท่าทางและพูดจะช้าลงถ้าบุคคลที่มีความกระวนกระวาย จะมีอาการย้ำคิดย้ำทำ การพูดจาลำบาก บางครั้งไม่พูดเลย ขาดความมั่นใจในตนเอง

3. ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าอยู่ตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างชัดเจน เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว บางรายอาจนั่งอยู่เฉยๆ ในท่าเดียววนๆ หรืออาจหุดลุกหุดนั่ง การพูดจาเป็นไปอย่างเชื่องช้า เจ็บซึม ผู้ที่มีอารมณ์เศร้าระดับนี้ไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ และมักถอนตัวออกจากโลกของความเป็นจริง ไม่เข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มีความคิดที่จะพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความคิดหลงผิด หรือประสาทหลอน

2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า

การประเมินภาวะซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากการสัมภาษณ์หรือการตอบแบบสอบถามที่มีผู้สร้างขึ้น ซึ่งเป็นที่นิยมใช้มีดังนี้ (Beeber, 1996; Kaplan & Sadock, 1989 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) คือ

1. Hamilton Rating Scale for Depression สร้างขึ้นโดย Hamilton ในปี ค.ศ. 1960 โดยศาสตราจารย์ แฮมมิลตัน (Hamilton, 1960) จิตแพทย์ชาวอังกฤษ แบบประเมินนี้สร้างขึ้นมาเพื่อวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระยะแรกๆ ลักษณะอาการรุนแรงอาจใช้เพื่อ

- 1) หาความรุนแรงของอาการที่คาดคะเนก่อนจะให้การบำบัดรักษา
- 2) เป็นเกณฑ์วัดผลของการบำบัดรักษาในอาการแสดงต่างๆ
- 3) เพื่อตรวจค้นอาการแสดงที่กลับมาเป็นซ้ำอีก

แบบประเมินนี้มีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 17 ข้อ ผู้ที่ใช้แบบประเมินนี้ต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาล และต้องได้รับการฝึกมาก่อนจึงจะใช้แบบประเมินได้อย่างเหมาะสม โดยประเมินผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ แบบประเมินนี้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อยๆ ได้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างขึ้นโดย Zung ในปี ค.ศ. 1965 แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ารวมทั้งอาการของการเจ็บป่วยทั้งหมด ข้อความในแบบประเมินถูกเลือกมาประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมและอาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และครอบคลุมกับอาการที่กำหนดอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ใน DSM - IV มากที่สุด แต่ไม่มีข้อที่ครอบคลุมอาการทางร่างกายที่

ชัดเจน แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 ถึง 4 แบบประเมินจะแบ่งข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบอย่างละเท่าๆ กัน แบบประเมินมีความเชื่อมั่น .73 ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

3. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES – D) สร้างขึ้นโดย Radloff ในปี ค.ศ. 1977 สร้างขึ้นมาเพื่อวัดอาการซึมเศร้าของกลุ่มประชากรในชุมชน เป็นแบบทดสอบที่สถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ปรับปรุงรวบรวมมาจาก แบบสอบถามภาวะซึมเศร้ามาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลาย ของ Beck, Raskin, Zung, และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ซึ่งใช้ประเมินโดยถามถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนวันหรือสัปดาห์ แบบประเมินนี้ใช้วิธีคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ผู้สร้างใช้แบบประเมินนี้กับกลุ่มประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรในชุมชน จะได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 การหาความเชื่อมั่นแบบ split – half ก็จะได้ค่าความเชื่อมั่นสูงเช่นกัน คือมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77 ถึง 0.92 แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินอาการด้วยตนเอง จุดประสงค์ของการใช้แบบประเมินนี้ก็เพื่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของประชากรในชุมชน หรือเพื่อให้การบำบัดรักษาในการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ปัญหาภาวะซึมเศร้า

4. Montgomery – Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1979 โดย Montgomery & Asberg (1979) จุดประสงค์ของการสร้างแบบประเมินนี้ มี 2 ประการคือ เพื่อวัดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับผู้ที่เป็จิตแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยไม่ต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช เช่น พยาบาลที่ไม่ใช่พยาบาลจิตเวชก็สามารถใช้ได้ แบบประเมินนี้ได้ถูกนำมาใช้มากในงานวิจัยด้านอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนจะต้องประกอบด้วยการสัมภาษณ์และการสังเกตสภาพทางจิตของผู้ป่วย จากการศึกษาหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.76 ถึง 0.95 ประโยชน์ของแบบประเมินนี้ คือ เพื่อค้นหาระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการแสดงอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นพร้อมกับการบำบัดรักษา เพราะอาจมีการวินิจฉัยผิดในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการรักษาด้วยยา การให้คะแนนประเมินง่ายโดยไม่ต้องผ่านการอบรม ข้อความในแบบประเมินสั้น และไม่เบื้อที่จะใช้เวลาในการประเมิน

5. Raskin Scale or Three – Area Severity of Depression Scale สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1988 โดย Raskin (1988) สร้างขึ้นเพื่อการประเมินอาการภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากร ที่คัดกรองให้เข้าร่วมในการศึกษากลุ่มใหญ่ ศึกษาในศูนย์การบำบัดด้วยยา ขณะเดียวกันก็ประเมิน

อาการวิตกกังวลไปด้วย แบบประเมินแบ่งประเมินสภาพกลุ่มประชากร เป็น 3 ด้าน คือ ประเมินด้านประสิทธิภาพ ประเมินด้านพฤติกรรมที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้าในด้านปฐมภูมิ และประเมินอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในด้านทุติยภูมิ เช่น การเปลี่ยนแปลงในการนอนหลับ การเปลี่ยนแปลงในการรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึกนึกคิด มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 5 คะแนน แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค แบบประเมินนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดคะแนนอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเป็นประโยชน์ต่อการให้ยา จึงเหมาะที่จะใช้ประเมินกับกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังสามารถใช้แบบประเมินนี้วัดอาการที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากการบำบัดรักษา แม้แบบประเมินนี้สั้นและมีความเที่ยงตรงสูง แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องมีข้อมูลด้านการสอบ และวัดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของทางจิตก่อน จึงจะใช้แบบประเมินนี้ได้

6. Beck Depressive Inventory สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ. 1961 แบบประเมินสร้างเพื่อวัดอาการแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในวัยรุ่น และในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ออกแบบเป็นมาตรฐานเพื่อประเมินสภาพความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในการจัดลำดับหรือเพื่ออธิบายถึงการเจ็บป่วยของภาวะซึมเศร้า ข้อความในแบบประเมินนี้ได้จากการสังเกตลักษณะของผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าในระหว่างทำจิตวิเคราะห์บำบัด ข้อคำถามด้านเจตคติและอาการแสดงจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะมีการอธิบายเป็นข้อความและจัดลำดับแต่ละข้อความประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ การใช้ในตอนแรกโดยสัมภาษณ์แล้วให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบ ผู้ถูกสัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกคำตอบในกระดาษคำตอบเพื่อตัดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากผู้ถูกสัมภาษณ์จึงให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เป็นผู้ตอบเองจึงใช้แบบสอบถามแทน แบบประเมินที่ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบเองประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน Beck ได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบโดยใช้ Spearman – Brown Correlation ในผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 409 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93 แบบประเมินนี้มีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 5 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมนิยามความซึมเศร้า ของ เบ็ค ทั้งทางด้านอารมณ์ เนื้อหาความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายโดยมีเกณฑ์ ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศรูดังนี้

- 1 – 10 ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (normal)
- 11 – 16 ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)
- 17 - 20 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depressive)
- 21 - 30 ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depressive)
- 31 – 63 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depressive)

โดยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนางานบริหารและงานวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งคลินิกกับผู้ป่วยและในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินวัดหาภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่ได้พัฒนามาจากของ เบค (Beck, 1967) เรียกว่า Beck Depression Inventory (BDI) และได้ปรับปรุงเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้ในกลุ่มประชากรไทย โดยแพทย์หญิง ดวงใจ กสานติกุล และคณะ มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อซึ่งประกอบด้วยด้านอารมณ์ ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม และด้านสรีระวิทยา เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้คิดเชื่อเอชไอวีที่จัดว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และในการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดี่ยววัดก่อน - หลัง ซึ่งแบบประเมินนี้สามารถใช้วัดซ้ำได้เพื่อตรวจสอบผลของการบำบัดรักษาโดยแบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีความเชื่อมั่นเป็นที่ยอมรับ

2.5 ภาวะซึมเศร้าและสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้คิดเชื่อเอชไอวี

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้คิดเชื่อเอชไอวีนั้นพบว่า มีปัจจัยบางประการที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรทั่วไป แต่มีปัจจัยที่แตกต่างออกไปแต่สามารถส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ถือว่าเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต จากการที่ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยอาจแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะโวยวาย หรือรู้สึกสับสน กลัวไปหมด จนทำอะไรไม่ได้คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540) และการคิดเชื่อเอชไอวีมักจะเกิดจากการประพฤติดีศีลธรรม ทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ป่วย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) มีความคิดที่ต้องอยู่กับอดีตที่ทำให้ตนเองเกิดความทุกข์ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ผลกระทบจากการคิดเชื่อเอชไอวีที่เป็นสาเหตุภาวะซึมเศร้าในด้านต่าง ๆ มีดังนี้ (พชรชัย เรือนสีทิพย์, 2545; Komiti and others, 2001)

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย สามารถพบอาการต่าง ๆ เช่น ต่อมเหงื่อไหลตลอดทั้งร่างกาย ไม่สุขสบาย อ่อนเพลียหมดแรง น้ำหนักลด มีไข้บ่อยๆ มีการคิดเชื่อแทรกซ้อนในระบบต่างๆ อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง หอบเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ มีผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนัง บางรายมีอาการลุกลามของเชื้อเอชไอวีเข้าไปในระบบประสาททำให้เกิดอาการทางจิตและความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่มีสมาธิ ซึมเศร้า แขนขาชา ชักกระตุก

และมีอาการทางสมองอื่น ๆ (ปริยศ กิตติธระศักดิ์, 2547) ก่อให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตต้องอยู่ในภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ย่อมมีอาการตอบสนองแตกต่างกันออกไป ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อนั้น มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2538; ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539; พชรชัย เรือนสีทิพย์, 2545; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวนิช, 2542)

2.1 ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ เป็นระยะที่ผู้ป่วยรับรู้การติดเชื้อของตนเอง ซึ่งเป็นข่าวร้ายที่สุดในชีวิตตนเอง ซึ่งปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ได้แก่

ภาวะช็อก เป็นการปรับตัวไม่ทัน ผู้ป่วยในระยะนี้มีอาการแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม โกรธ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมผู้ป่วยเพื่อช่วยลดปฏิกริยานี้ลง

ปฏิเสธ อาจเกิดมาจากความกลัวและยังไม่พร้อม มักจะแสดงออกเหมือนกับไม่ได้มีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ป้องกันไม่ให้จิตใจแตกสลาย บางรายอาจโยนความผิดให้ผู้อื่น

โกรธแค้น เป็นภาวะที่จำเป็นต้องยอมรับความจริง เนื่องจากเหตุผลจากสิ่งแวดล้อม ยืนยัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางราย มีความโกรธแค้น ผู้ที่ทำให้ตนเองติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็รู้สึกว่าตนเองไร้อำนาจที่จะควบคุมหรือจัดการกับโรคนี จึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมในลักษณะรุนแรง ก้าวร้าว แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้

การต่อรอง เป็นการปฏิเสธความจริงในระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้องแต่ปฏิเสธยืนยันความเป็นจริง จึงมีการต่อรองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายแบบซึ่งแสดงออกถึงการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ

การซึมเศร้า เป็นภาวะที่รับรู้ความจริง และเกิดการยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้อง แต่หมดหวังที่จะแก้ไขเกิดได้เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้นซึ่งแบ่งได้ออกเป็น 2 ช่วง คือ ความโศกเศร้าขั้นเตรียมการ และความโศกเศร้าขั้นสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยที่เริ่มแยกตัวเองจะครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องของความตายต้องกลายเป็นบุคคลที่สิ้นหวัง หมดที่พึ่ง มองเฉพาะตนเองทำให้ต้องอยู่ในภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา

ยอมรับ ภายหลังจากที่เวลาผ่านไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความรู้เรื่องต่างๆ จะเริ่มมีความรู้สึกยอมรับ จิตใจสงบยิ่งขึ้น เริ่มต้นที่จะคิดหาหนทางที่เป็นไปได้ในการที่จะทำให้ชีวิตมีความสุขเพื่อหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ

2.2 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ปรากฏอาการของความเจ็บป่วยต่างๆ อาจยาวนานหลายปี ซึ่งไม่มีความแน่นอนในแต่ละบุคคล เพราะขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีปฏิกิริยาต่าง ๆ ดังนี้

ความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากการต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน ไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรคจะเป็นอย่างไร บุคลากรจะช่วยเหลือหรือไม่ คนรอบข้างยอมรับหรือไม่

ความอับอายและความสงสัย เป็นการกลัวสิ่งที่เคยทำจะเป็นพฤติกรรมที่คนไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับและการตอบสนองต่อคนรอบข้างก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากความคิดด้านลบต่ออดีตของตนเอง

ความรู้สึกผิด เนื่องจากสิ่งไม่น่าพอใจในอดีตที่ผ่านมา เช่น ตำนานตัวเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอื่นทราบความลับนั้นแล้วแสดงอาการรังเกียจ ถูกตำหนิด้วยท่าทีหรือคำพูดจนทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

ความรู้สึกด้อย เกิดจากการที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปด้วยยาก ต้องอาศัยเวลานานทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนโง่ อ่อนแอดีกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำถึงความอ่อนแอนั้นซ้ำๆ ทำให้เกิดความคิดด้านลบต่อตนเองอยู่ตลอดเวลาก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความหวัง เกิดขึ้นได้หลายอย่างเช่น หวังว่าจะมีชีวิตยืนยาว หวังว่าจะมีการค้นพบยาที่รักษาโรคเอชไอวีได้ หวังว่าได้รับการยอมรับ หรือแม้แต่หวังว่าถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างมีความสุข

2.3 ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการค่อนข้างมาก การพึ่งตนเองทำได้น้อยลงตามลำดับ และอาการที่เกิดขึ้นอย่างมกนั้นจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ถึงเวลาที่สั้นลง ซึ่งมักพบปัญหาดังนี้

ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มากเพราะรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อย แต่ก็มักคิดว่าตนเองน่ารังเกียจไม่อยู่ในสภาพที่น่าดู กลัวว่าจะผูกพันจนทำใจไม่ได้ บางรายจะทนไม่ได้ที่เห็นญาติทรมาณเพราะตนเอง ทนไม่ได้ที่มีคนมาสงสาร อาจทำตนโดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็รู้สึกห่างเหินกับคนที่ผูกพันใกล้ชิด

ความรู้สึกหมกมุ่นกับตนเอง เกิดขึ้นเมื่อญาติไม่ได้มาเยี่ยมด้วยสาเหตุจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือจากตัวญาติเองก็ตาม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองแบบต่างๆ จนรบกวนกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแยกตนเองออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนึกถึงอดีต โดยเฉพาะสิ่งที่ไม่น่าพอใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง ระยะเวลาอาการทางด้านร่างกายจะรุนแรงจนผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีรู้สึกว่ามีความสามารถในการพึ่งตนเองปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม รู้สึกว่าไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่

3. ผลกระทบด้านสังคม การติดเชื้อเอชไอวียังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมด้วยผลกระทบที่สำคัญดังนี้ (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545 ;Kvalsund and Spillman, 2003; Suicide and Special Patient population, 2003)

การขาดรายได้ สุขภาพที่ไม่ดีเยี่ยมเป็นสาเหตุของการขาดงาน ผลที่ตามมาคือการขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา สุขภาพเป็นจำนวนมากซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจนำไปสู่การคิดว่าตนเองไร้ซึ่งคุณค่าก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้นเช่นกัน

ข้อจำกัดทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวและสังคม เกิดข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาได้เพราะส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะได้มา จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายจะเริ่มแยกตัว และเลิกล้มความปรารถนาที่จะเข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากคนอื่นต้องอยู่ในสภาพจำยอมและยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอยู่ในสภาพของภาวะไร้พลังอำนาจ

สัมพันธภาพทั่วไป ครอบครัว บุคคลที่เคยรักใคร่มักจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ที่จะต้องเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงซังกูงไม่ให้อีกผู้ติดเชื้อต้องแยกตัวออกไป สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวซึ่งรู้สึกว่าเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่

ตราบาปทางสังคม การติดเชื้อเอชไอวีนั้นก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยมาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความรู้สึกกลัวและการรังเกียจของบุคคลในสังคมทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิทยา การติดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหินทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีความซึมเศร้าอยู่บ่อยๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิม แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน (พชรชัย เรือนสิทธิ์, 2545)

5. ตราบาปจากสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง อันเกิดจากการประพฤติดิสциплиนจารีตประเพณี จากบรรทัดฐานของสังคมและเป็นสิ่งไม่ดีทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกผิดต่อตนเอง ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับตราบาปจึงนำไปสู่การถูกรังเกียจกีดกันถูกแบ่งแยก อันเป็นสาเหตุของการเพิ่มความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน (เสาวภา, 2541, พิศิษฎ์ คุณวโรดม, 2545, อังคณา สิริยาภรณ์, 2541, อ่างถึงโนปรีศ กิตติศรีศักดิ์, 2547)

องค์ประกอบของตราบาปจากสังคม

Goffman (1963) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานของตราบาปว่าประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะของผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม ทำให้มีมลทิน ขอบกพร่อง ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การติดยาเสพติด การติดคุก
2. ลักษณะความผิดปกติที่เกิดขึ้นของร่างกายอันเป็นที่น่ารังเกียจ เช่น ความพิการ
3. การตีตราบาปจากเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา

อรุณ แก้วเกตุ (2545) กล่าวถึงการรับรู้ตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จะปรากฏออกมาใน 2 ระยะคือ การรับรู้ที่เป็นตราบาป ในลักษณะของการรับรู้ทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลักษณะของการรับรู้ตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี และแบ่งองค์ประกอบย่อยออกเป็น 4 ด้านคือ

ด้านตราบาปส่วนบุคคล หมายถึง การที่ผู้ติดเชื้อประเมินสถานการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นต่อตนเอง หลังจากที่บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

1. ด้านการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการควบคุมข้อมูลเกี่ยวกับผลของการติดเชื้อมีบุคคลอื่น การเก็บผลการติดเชื้อไว้เป็นความลับ
2. ด้านความรู้สึกในด้านลบต่อภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต่อตนเอง การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self – esteem) เช่น มีความคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนสกปรก ไม่ดี และเป็นคนที่มียมลินติดตัว ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความสามารถในการพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

6. อาการทางจิต จากการใช้ยาต้านเชื้อไวรัส มีรายงานว่าเกิดอาการข้างเคียงทางจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ยา STOCRIN หรือ อีฟาไวเรนซ์ (Efavirent) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตมีอัตราเสี่ยงสูงขึ้นที่จะเกิดอาการทางจิตที่รุนแรง มีรายงานการเกิดเป็นครั้งคราวสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย อาการหลงผิด พฤติกรรมกลายเป็นโรคจิต อาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยในการศึกษาทางคลินิกในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยา ได้แก่ เวียนศีรษะ นอนไม่

หลับสลับสลับ (ง่วงเหงาหาวนอน) ไม่มีสมาธิ และอาการผื่นผดผกิด อาการผดผกิดทางระบบประสาทมักเกิดขึ้นมักเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งหรือสองวันแรกของการใช้ยา และมักหายไปภายใน 2-4 สัปดาห์แรกของการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการแนะนำอาการต่างๆ เหล่านี้ จะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถให้การทำนายได้ว่าจะเกิดอาการทางจิตบ่อยน้อยลงในครั้งต่อไป

2.6 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) ดังนั้นพยาบาลที่ให้การพยาบาลบุคคลกลุ่มนี้จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล มีเจตคติที่ดี และลดความรุนแรงของปัญหาหรือผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ เพราะการตรวจหาเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีการเตรียมตัว และทำความเข้าใจอย่างรอบคอบ อาจทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี จึงเป็นที่ยอมรับว่าการตรวจหาเชื้อเอชไอวีต้องมีการให้บริการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจเลือด (สุพร เกิดสว่าง, 2542) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงควรได้รับการให้คำปรึกษาอย่างครบวงจร คือ การให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด (Pre – test counseling) การให้บริการให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือด (Post – test counseling) และการติดตามหลังให้บริการให้คำปรึกษาหลังจากทราบผลเลือด (Follow up counseling) เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสมการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถทำได้ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ให้การยอมรับโดยไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่สามารถจะฆ่าตัวตาย โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ พฤติกรรมการแยกตัวเอง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะบอกกล่าวปัญหาและแสดงพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด

2. แสดงการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็น เสริมการมีคุณค่า โดยการมองหาสิ่งที่ดีของตนเองไปในทางสร้างสรรค์ หากิจกรรมและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจสดชื่น

3. การดูแลสุขภาพอนามัย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการดูแลตัวเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและให้ได้รับการดูแลทางด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล มีความสนใจในการดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจมากขึ้น

4. ต้องทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง เสริมสร้างคุณค่า และกำลังใจ ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สร้างความหวังใหม่โดยความหวังนั้น ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

5. ลดความรู้สึกผิด และเสริมความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์โดยการให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีร่วมกิจกรรมในการดูแลตนเอง และมีงานอดิเรกทำ จะช่วยทำให้เกิดความหวังและความมีคุณค่าในตนเองจะทำให้มีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตที่จะสู้ต่อไป

6. การเตรียมผู้คิดเชื่อเอชไอวีสู่ชุมชน และสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณค่าในตนเอง ไม่แยกตัวเอง มีการเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

สำหรับการเกิดภาวะซึมเศร้านั้น Miller (1992) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองและไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามหรือต้องปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้ผู้ป่วยมีความพร่องหรือความไม่สมคูลย์ของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และหากเกิดการสูญเสียพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจนั้นมาจากสาเหตุสำคัญคือการที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีความคิดในด้านลบหรือมีความคิดต่อตนเองไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง (Boozin, Ross and Alloy, 1993 cited in Campbell, Kub and Rose, 1996 ; Jack, 1991 cited in Zust, 2000) และเป็นความคิดที่ไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลทั้งต่อตนเองและต่ออนาคตของตนเอง เป็นความคิดที่เป็นรูปแบบของความคิดที่มีความสอดคล้องกับรูปแบบความคิดที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า 3 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1967) คือการที่บุคคลมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต โดยพบว่า บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะประเมินว่าตนเองมีข้อบกพร่อง ไม่มีความสามารถ ไม่มีคุณค่า มีความนับถือตนเองต่ำลง ประเมินสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ ไปในทางลบ อนาคตมีแต่ความทุกข์หรือปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และมีความท้อแท้สิ้นหวังกับอนาคตของตนเอง

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพลหรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อชีวิตของบุคคล การ

มีพลังอำนาจเป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถ และศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาดนเองในทุกๆ ด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีท่ามกลาง ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (Gibson, 1995 ; Gilbert, 1995 อ้างถึงใน สายฝน เอกวางกูร, 2542) กระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่สามารถเป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวว่า พลังอำนาจคือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล โดยรูปแบบพลังอำนาจมีอยู่ 7 แหล่งด้วยกันคือ 1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) 2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) 3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept) 4) พลังงาน (Energy) 5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) 6) แรงจูงใจ (Motivation) 7) ระบบความเชื่อ (Belief system)

กิบสัน (Gibson, 1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล องค์กร หรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเองในทุก ๆ ด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อร่วมกันขจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา

แรปปอร์ (Rappaport, 1984 อ้างถึงใน ชูลิพร ปิยสุทธิ์, 2539) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะแสดงออกมาเมื่อได้รับการส่งเสริมและได้รับโอกาสการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการพัฒนาที่จะทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนก้าวหน้า และมีศักยภาพเพิ่มขึ้น

อวยพร ดัฒนุชกุล (2540, อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังในการควบคุมชีวิตของตนเอง เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้

คารณี จามจรี (2545) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางในการดูแล และควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะ หนึ่งส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและ

อำนาจในตน พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์ และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพภายใต้การสนับสนุนข้อมูล และทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาล

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2539) กล่าวถึงความเชื่อพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมุ่งเน้นที่การนำเอาศักยภาพทางปัญญา และพลังในตัวบุคคลมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเองและผู้อื่น เป็นแนวคิดที่มีความต่อเนื่องและชัดเจนกับการพัฒนาคุณภาพอย่างครบวงจรอย่างต่อเนื่องและเป็นการสร้างสถานการณ์การเริ่มต้นที่มากกว่าการมีส่วนร่วมของบุคคล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2541) กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามที่จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นและมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมีมั่นคงทางจิตใจยึดมั่น ผูกพันต่อตนเองหรือหน่วยงาน เพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองว่าตนเองสามารถกระทำภารกิจต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลจะต้องได้รับการสนับสนุนส่งเสริมทั้งกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตในการเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตของตนเอง สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามากระทบต่อชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีมั่นคงในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ และความที่ว่าตนเองมีพลังอำนาจในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตของตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นและบรรลุตามเป้าหมายที่ตนเองต้องการ

3.2 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยเรื้อรัง

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Miller (1992) ประกอบด้วย

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพทางกาย และเต็มตามพลังสะสมทางกาย (Physical reserve) เมื่อระบบร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการทำการใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิตใจ หมายถึง ความยืดหยุ่นของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือความไม่แน่นอนของชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิตใจ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจึงต้องการความช่วยเหลือให้ดำรงไว้ซึ่งความคิดในด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจจะเกิดขึ้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล รวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support)

3. อุดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) หมายถึง ความคิดที่มีคุณค่า และความรู้สึกที่มีต่อตนเอง องค์ประกอบของอุดมคติในตนเองประกอบด้วย ภาพลักษณ์ การทำหน้าที่ของตน ความเป็นตัวของบุคคล ได้แก่ คุณธรรม ความคิด และความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของอุดมคติในตน การเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่ออุดมคติในตน เป้าหมายในการสร้างอุดมคติในตนขึ้นมาใหม่ คือ การรับรู้ที่ถูกต้องร่างกายไปสู่อุดมคติเกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจถึงความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพที่อยู่ในตนเอง

4. พลังงาน (Energy) หมายถึง ความสามารถในการบรรจกร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ที่เก็บสะสมไว้ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงานได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียดนอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเจริญเติบโต ในการเรียนรู้ การทำงาน และทำกิจกรรมต่าง ๆ

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินใจในการสร้างทางเลือกและการลงมือกระทำ ความรู้เป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน การขาดความรู้นำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจการรับรู้ด้วยปัญญา หมายถึง ความสามารถที่จะค้นหาการประเมินภาวะทางกายและทางจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ และการดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิตใจ

6. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง แรงผลักดันที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะ และการพิจารณาตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแรงจูงใจ มีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief system) หมายถึงระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในตัวเจ้าหน้าที่ ความเชื่อในตนเอง หรือความเชื่อในความสามาถใน

ตนเองรวมถึงความเชื่อในศาสนา เป็นการสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

3.3 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (คารณี จามจูรี, 2545)

3.3.1 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พยาบาลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเป็นผู้ที่ช่วยผลักดันให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความหมายของชีวิตและมีความหวัง มีความสามารถที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่ พยาบาลมีบทบาทในการทำให้เกิดสัมพันธภาพในการรักษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพอื่นๆ สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลเกิดจากความเคารพซึ่งกันและกัน รวมถึงการที่พยาบาลยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถในตนเองหรือพัฒนาความสามารถได้

2) คุณลักษณะของผู้ป่วยตามแนวคิดของ Gibson (1991) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factors) ได้แก่ ค่านิยมของตนเอง ความเชื่อ การมีเป้าหมายในชีวิตและประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ผ่านมา ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการยอมรับทางสังคมทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า

3.3.2 คุณสมบัติของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) การที่บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ และมีหน้าที่โดยตรงต่อสุขภาพของตน พยาบาลต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีอำนาจ และอิสระที่จะเลือกกิจกรรมที่ผู้รับบริการต้องการ

2) การเป็นหุ้นส่วน และการยอมรับในคุณค่า และความสามารถของบุคคล

3) การให้ความช่วยเหลือ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการสร้างพลังให้กับตนเอง

4) การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็น หรืออาจกล่าวได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของความร่วมมือ

5) การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง

การปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคิด ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเองมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่มีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วยแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายสิ่งที่เกิดขึ้นได้แก่ การให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความเชื่อในความสามารถ การยอมรับในหน้าที่และการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทซึ่งกันและกันระหว่างเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3.3.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Gibson (1995 อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และการที่บุคคลสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบ

Suk Bling (1998 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2546) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียดและความสนใจ ได้แก่ การค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วย ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ตระหนักถึงจุดดีของผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะของบุคคล 2) เอื้ออำนาจการปรับเปลี่ยนความคิด ได้แก่ กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ช่วยผู้ป่วยในการตั้งเป้าหมายใหม่ เอื้ออำนาจให้เกิดทัศนคติทางบวกและสร้างความหวัง 3) เพิ่มแหล่งทรัพยากร ได้แก่ สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล การใช้กระบวนการสนับสนุนกันเองเอื้ออำนาจให้เกิดความรู้และทักษะ สนับสนุนการตัดสินใจ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการศึกษาสรุปกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเสริมสร้างความร่วมมือ โดยมีเป้าหมาย คือ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ และด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนให้คืนสู่ภาวะที่ปกติ โดยสอดคล้องกับ Miller (1992) ที่กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเป็นการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้รับการดูแล การช่วยให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลทำให้เกิดความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านจิตใจ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นความคิดต่อตนเองในด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ด้วยการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น จากทัศนคติของผู้รับบริการเองว่ามีมุมมองอย่างไรต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีความคิดที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้พยาบาลทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการและความปรารถนาของผู้รับบริการต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการให้ผู้รับบริการทบทวนเหตุการณ์ เพื่อการตัดสินใจและการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีวิจารณญาณ ในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์และความเครียด (Miller, 1992) ตลอดจนการควบคุมตนเองหรือการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (คารณี จามจรี, 2545) มีการทบทวนเหตุการณ์เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้เหมาะสม ส่งผลให้มีพลังในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2543) ช่วยให้ผู้รับบริการ ตระหนักถึงความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจและเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ มีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองและส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

4. การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้คุณคลสามารถจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (คารณี จามจรี, 2545) โดยความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรนั้นเกิดจากความต้องการของผู้รับบริการที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรม บทบาทของพยาบาลคือ การร่วมกับผู้รับบริการในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงเกี่ยวกับสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการสามารถรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

5. การดำเนินการด้วยตนเอง ภายหลังจากผู้รับบริการได้ผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนที่จะเลือกและควบคุมการดำเนินชีวิตและตัดสินใจเลือกวิธีที่คิดว่าดีที่สุด การแก้ไขปัญหาก็ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ผู้รับบริการดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถและศักยภาพทางด้านร่างกาย นำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับ

ถือในตนเองเพิ่มขึ้น รับรู้ถึงแหล่งพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่สามารถส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

6. การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้รับบริการได้ตระหนักรู้ถึงความสามารถในตนเองในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Beck, 1967) นำความมั่นใจไปสู่การมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความสามารถในการนำชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ต้องการมีความคิดและความเชื่อในด้านบวกต่อตนเองสามารถส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้

3.3.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ซึ่งประกอบไปด้วย

1) การนับถือตนเอง (Self-esteem) บุคคลที่นับถือตนเองสูงจะเป็นคนที่ปรับตัวให้ชีวิตมีความสุข และปราศจากความวิตกกังวล มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วยความมั่นใจ บุคคลที่ที่มีความนับถือตนเองต่ำจะมีความรู้สึกต่อตนเองทางด้านลบ และคิดว่าจะทำอะไรก็มีแต่ความล้มเหลว การส่งเสริมพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และส่งผลในการนับถือตนเองในทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเองเกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและการยอมรับกับการเจ็บป่วย

2) ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Personal-control) เป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถตัดสินใจ และดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนา พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้สึกว่าจะสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ หรือรู้สึกขาดการควบคุมจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ยิ่งบุคคลมีความรู้สึกกับการสูญเสียการควบคุมมากขึ้นเท่าไรก็จะยังมีความรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้นเท่านั้น

3) ความสามารถในตน (Self-efficacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมนั้นสามารถทำนายการกระทำในอนาคต และปฏิริยาการตอบสนองต่อจิตใจของบุคคลได้อีกด้วย

4) การปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับบุคคล ในการปรับเปลี่ยนความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความยืดหยุ่นในตนเอง

5) การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดี เป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะมีเตียงบนทางสุขภาพ หรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป

3.4 การสูญเสียพลังอำนาจ

3.4.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ

คำจำกัดความของการสูญเสียพลังอำนาจได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

รอย (Roy, 1984) กล่าวถึง ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจว่า เป็นสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้

ซีแมน (Seeman, 1959 cited in Roy, 1984) กล่าวถึง ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึง การที่บุคคลคิดว่าพฤติกรรมของตนเองไม่สามารถตัดสินใจผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น หรือส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการ

โรเบิร์ต (Robert, 1986) กล่าวถึง ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของตนเองให้เป็นไปตามที่ตนเองต้องการ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตนเอง

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวถึง ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจว่า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะไม่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ไม่ว่าจะเกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด

สรุปได้ว่า ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่รับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามจากบุคคลอื่นหรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตน จนทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมหรือความไม่สมบูรณ์ของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น

3.4.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ

การสูญเสียพลังอำนาจเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge) การขาดความสามารถในการควบคุมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1) ขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อมีอาการของโรคโดยที่ก่อนการเกิดภาวะความเจ็บป่วยบุคคลจะมีพลังอำนาจของตนเอง แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ตามความคาดหวังและตามความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดความ

เจ็บป่วยพยาธิสภาพของโรคหรือภาวะต่างๆของโรคที่เกิดขึ้น อาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกได้ที่เกิดขึ้น การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากการสูญเสียความเป็นตนเองไป

2) ขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ (Psychological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียความสามารถด้านจิตใจ ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Rambo, 1984) เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอำนาจในการตัดสินใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆได้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เนื่องจากไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง (self-affirmation) ได้ (Robert, 1978) การขาดความเป็นตัวของตัวเองการถูกแยกให้อยู่ตามลำพังเป็นเวลานานๆหรือการตายจากของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจขึ้น นอกจากนี้ถ้าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว บุคคลสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุข แต่ถ้าขาดการสนับสนุนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เช่นกัน (Davidhizar, 1992; ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2544; อ้างถึงในทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547)

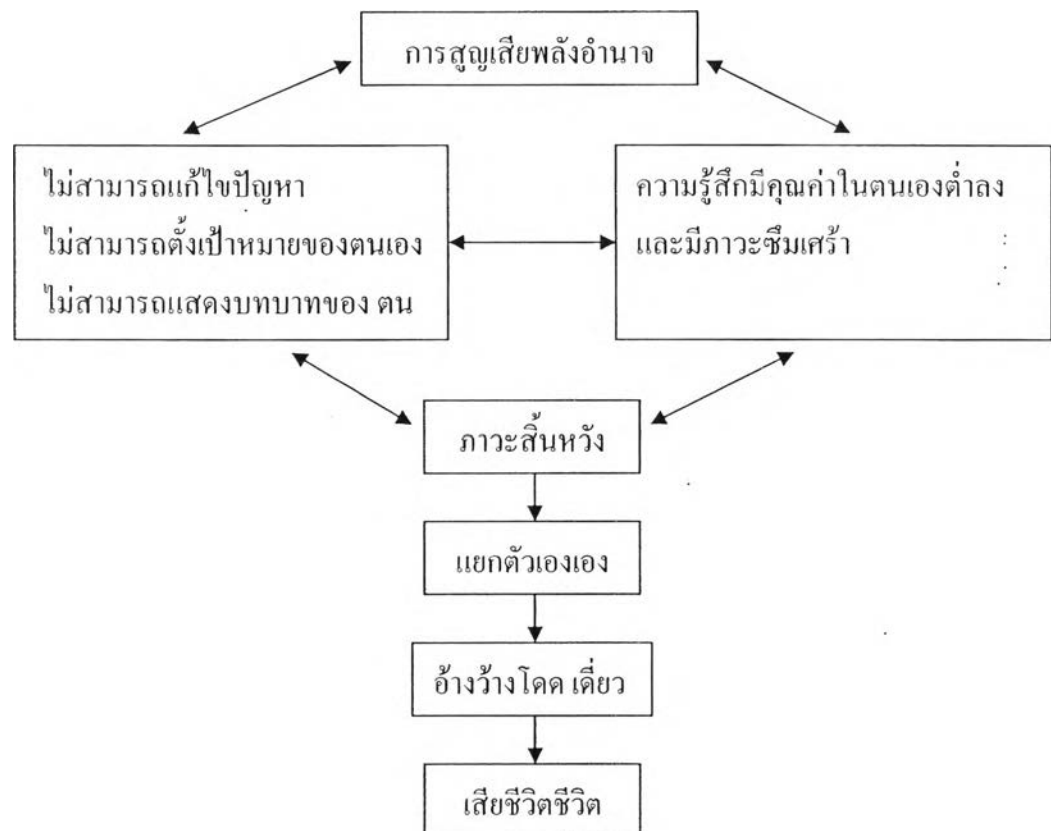
3) ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตนเองได้ เป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียพลังอำนาจ

การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล (Lack of knowledge) ความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง เมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992) บุคคลส่วนใหญ่มักไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วยไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งการขาดความรู้ อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดจากการได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลตามที่ตนเองต้องการ ทำให้การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับแนวทางในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป

3.5 การตอบสนองเมื่อผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ

ผู้ป่วยเมื่อเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมด้วยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพใน

การทำหน้าที่ของร่างกาย และการรักษาสมดุลในร่างกายลดต่ำลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติโดยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง สุขภาพทรุดโทรม เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ และถ้าการสูญเสียพลังอำนาจยังคงดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะเกิดการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Clements and Cumming, 1991; อ้างถึงใน หทัยรัตน์ จิรนนท์พิพัทธิ, 2539; Miller, 1992; อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเกิดขึ้นในระยะนี้และไม่สามารถคิดหรือกระทำการสิ่งต่างๆ ได้ หรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองก็จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองมากยิ่งขึ้น ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันและมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ หากการสูญเสียพลังอำนาจไม่ได้รับการแก้ไขจนดำเนินไปเป็นอาการของภาวะสิ้นหวังอาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แยกตัวเองอ้างว้าง โดดเดี่ยว ซึมเศร้า และอาจเกิดอันตรายรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ในที่สุด



แสดงวงจรการสูญเสียพลังอำนาจและภาวะสิ้นหวัง

ดัดแปลงจาก Powerlessness and hopelessness cycle in Miller (1992)

3.6 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.6.1 ความคิดด้านลบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากผลกระทบด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกทางลบได้ง่าย เนื่องมาจากการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจมากขึ้นซึ่งเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกัน (นิตยา ปิงมีดิตี, 2542) โดยความสูญเสียพลังอำนาจที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากโรคเอดส์มีดังนี้ คือการสูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การสูญเสียภาพลักษณ์ภายนอกที่ปรากฏ สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สูญเสียการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ และการสูญเสียพลังอำนาจด้วยสถานภาพของตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งบทบาทของคน มีความนับถือตนเองต่ำลง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ มีแต่สังคมรังเกียจ เมื่อต้องพบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดๆ ก็จะแปรเป็นทางลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ประเมินตนเองว่ามีข้อบกพร่องอยู่เสมอ ผลจากความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างเรื้อรัง (ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539)

3.6.2 การขาดแหล่งพลังอำนาจด้านต่างๆ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความคิดในด้านลบ หรือมีความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริงว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ หรือเหตุการณ์การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Giles-Sims, 2002; Murakumi, 2002; Walker, 1979) ต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตามต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงกับเหตุการณ์นั้นได้ จำเป็นต้องยอมรับกับสถานการณ์ หมดหวังที่จะแก้ไข ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพร่องหรือความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็มีความรู้สึกที่ตนเองไร้อำนาจที่จะสามารถควบคุมหรือจัดการกับโรคนี้ และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือในตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) มีความนับถือตนเอง (Self-esteem) มีการปรับเปลี่ยนทางด้านความคิดและอารมณ์ (Burnman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการเสริมสร้างให้มีปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้สูงขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถช่วยส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต (Bandura, 1986)

การรับรู้ความสามารถในตนเองมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์เมื่อรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในตนเองต่ำจะรู้สึกว่าคุณมีความยากลำบากในการเผชิญปัญหา รู้สึกหมกหมอง ก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ตามมาเช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Colins, 1982 cited in Bandura, 1986) การที่บุคคลรับรู้ในตนเองต่ำ จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถในตนเองสูงจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Gecas, 1989 อ้างถึงใน นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543)

2) การมีความนับถือตนเอง (Self-esteem) การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า การยอมรับตนเองและมองตนเองในด้านบวก (Barry and Morgan, 1985 อ้างถึงใน ดาริกา ธารบัวสวรรค์, 2540) หากบุคคลมีการนับถือตนเองที่ต่ำลง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบ มีความรู้สึกว่าคุณค่าต่ำ และส่งผลให้บุคคลนั้นมีความซึมเศร้าเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cascardi & O'Leary (1992) กล่าวว่า การมีความนับถือตนเองต่ำลง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ในทางตรงกันข้าม พบว่า ถ้าบุคคลที่มีความนับถือตนเองสูง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความซึมเศร้าในระดับต่ำลง (Beeber, 1996)

3) การปรับเปลี่ยนความคิดในทางบวก คือ การช่วยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อ ที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเองที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) แต่เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดไปสู่การมีความคิดว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถในการนำพาชีวิตของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวังต่อการใช้ชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นความเชื่อในด้านบวกที่มีต่อตนเอง และการที่บุคคลมีความคิดและความเชื่อในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง จะส่งผลถึงการลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Gordon, 1999 ; อ้างถึงใน ทมาภรณ์ บุณสมภพ, 2547)

3.7 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายได้ พยาบาลจะต้องทราบถึงบทบาทของตน ดังนี้

3.7.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เฝ้าอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

3.7.2 บทบาทของผู้ป่วยในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง และนำไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.7.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิด และทัศนคติที่มีต่อปัญหาและสภาวะสุขภาพของตนเอง

3.7.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.7.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลผู้ที่ทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เชื่อถือได้ และยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนผู้ป่วยเอง

4. การปรับเปลี่ยนความคิด

จากการศึกษาแนวคิดของ Bunnan (2003) พบว่า โดยทั่วไปหญิงที่ถูกสามีทำทารุณกรรมจะมีความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกต่อการสูญเสียพลังอำนาจและความรู้สึกที่อ้อแอ้ สิ้นหวังกับชีวิตของตนเอง เช่น การมีความคิดว่าชีวิตของตนมีแต่ความล้มเหลว ตนเองเป็นบุคคลที่ไม่ดี น่ารังเกียจ และเป็นคนที่มึนลึกลับ ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้การแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) ซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ในการศึกษาของ Burman ประกอบไปด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1 การพัฒนาทักษะ ในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบ หรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คือการที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด และทำความเข้าใจกับเนื้อหาความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

4.2 การทดสอบว่าความคิดของตนเองถูกต้องหรือไม่ คือการที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่

4.3 การปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อให้เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การที่พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิด วิเคราะห์ว่าเมื่อตนเองมีความคิดในด้านลบเกิดขึ้นแล้ว ควรจะปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวอย่างไรให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

จากการศึกษาของ Bunnan พบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาย่อย และมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มขึ้น

5. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ศึกษามีความสนใจในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ที่ ทมากรณ์ บุรณสมภพ (2547) พัฒนาขึ้นจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามการศึกษาของ ดารณี จามจรี และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) ซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน ให้เหลือ 4 ขั้นตอน โดยผู้ศึกษาได้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีการแนะนำตัวเองเพื่อการสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความไว้วางใจได้เร็วขึ้น ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวียอมรับกับความคิดและความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามความเป็นจริง ผู้ศึกษาได้ดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และกิจกรรมขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองและสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองและดำเนินการตามแผนที่ตนเองกำหนดไว้ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 เมื่อผู้ศึกษาพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งที่ 3 ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับปัญหา เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าใจสาระสำคัญของความคิดด้านลบ หรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง และการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง เมื่อผู้ศึกษาพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครั้งที่ 4 ร่วมกับการนำกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิดของ Burnman (2003) มาผสมผสานเป็นกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. การสร้างสัมพันธภาพ การค้นหาความจริง และการสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยายามแนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และการใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนัก และยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง โดยการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินว่าตนเองมีความคิด ความเชื่ออย่างไรต่อสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงต่อสภาพที่เกิดขึ้นต่อตนเองหรือไม่ รวมทั้งเป็นกิจกรรมที่พยายามใช้คำถามกระตุ้น

ให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า ในขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้พยาบาลทราบความคิด ความเชื่อ และสาเหตุที่ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี เกิดการสูญเสียพลังอำนาจจนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังอีกด้วย

ขั้นตอนที่ 2. การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวี เป็นกิจกรรมที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี กำหนดแผนในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจด้วยตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวีเอง รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีมีความสามารถในการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3. การเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพูดคุยเพื่อค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้คิดเชื่อเอชไอวี เกี่ยวกับสิ่งที่เอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับแหล่งพลังอำนาจที่สามารถช่วยให้มีความคิดเกี่ยวกับตนเองอย่างเหมาะสมตามความเป็นจริงและรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวี ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนจนกระทั่งตระหนักถึงความสามารถในตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีจะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจของตนเองอย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้พยาบาลจะใช้คำถามกระตุ้นให้ได้คิดทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้ทำร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ การส่งเสริมให้พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล พัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิด คิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับความเป็นจริง ปรับเปลี่ยนความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง โดยใช้คำถามกระตุ้นให้ทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดต่อตนเองที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คิดถึงความถูกต้องและความเหมาะสมเกี่ยวกับความคิดในด้านลบนั้น การใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี คิดว่าควรเปลี่ยนแปลงความคิดในด้านลบนั้นอย่างไร จึงเหมาะสมตามความเป็นจริง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 30 คน โดยทำการทดลองเป็น

รายบุคคลมีระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 3 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง วัดผลก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทารุณกรรม การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการใช้การวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้ง โดยทำการวัดกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรม 2 ครั้งและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลางถึงมาก จำนวน 20 คนได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติ จากภรรยาที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรีมูลนิธิเพื่อนหญิง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดแบบประเมินแหล่งพลังอำนาจ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้ทำการศึกษาวิจัยผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ในผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สมคิด ตีรวิภา (2545) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผลการศึกษาพบว่า ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

วราภา จันท์โชติ (2540) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมเพื่อการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถในตนเอง ในนักศึกษาพยาบาลการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยบรมราชชนนีพระพุทธบาทสระบุรี จำนวนทั้งสิ้น 64 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองเป็นนักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาทสระบุรี จำนวน 34 คน จะได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน มีการติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3

สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำแต่อย่างใด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมมี 3 ชนิด คือแบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มมากขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลการเห็นคุณค่าในตนเองความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พนิดา รัตนไพโรจน์ (2542) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และเจตคติต่อการปฏิบัติงานของสมาชิกทีมการพยาบาล การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกทีมการพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลราชานุกูล จำนวนทั้งสิ้น 28 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละจำนวน 14 คน กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 3 ส่วนคือ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดผลการรับรู้การทำงานเป็นทีม และแบบวัดเจตคติต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความคิด (Cognitive Component) ด้านอารมณ์และความรู้สึก (Affective Component) และด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ผลที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและเจตคติต่อการปฏิบัติงานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Davison and Degner (1997) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในครั้งแรก ต่อระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 30 ราย โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยช่วยให้ระดับความวิตกกังวล และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

Sutton (2004) ซึ่งเป็นการออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยในโปรแกรมของ Sutton ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับ และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เมื่อประเมินผลภายหลังกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมให้กับเด็กแล้ว พบว่า เด็กมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม

Shin (1999 cited in Kim and Kim, 2001) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจในสตรีที่ถูกสามีทำทารุณกรรมจำนวน 14 ราย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่เข้าร่วมกิจกรรม

กลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับของความสามารถในตนเอง (Self-efficacy) และการนับถือตนเอง (Self-esteem) สูงขึ้น ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การให้ความรู้และการฝึกทักษะให้กับสตรี มากกว่าการฟื้นฟูสภาพจิตใจ

Gleason (1979 cited in Züst, 2000) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการที่พยาบาลสนับสนุนให้ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ตระหนักถึงความคิดที่ไม่เหมาะสมของตนเอง และการส่งเสริมให้ภรรยาได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลจากการให้การพยาบาลดังกล่าว พบว่า ภรรยาที่มีการปรับเปลี่ยนความคิดอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และช่วยให้ภรรยา มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

Burman (2003) ศึกษาผลของการดูแลภรรยาที่ได้รับผลกระทบจากการถูกสามีทำทารุณกรรมโดยการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ (Cognitive Problem-Solving Model) ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาอย่างเป็นระบบ และเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับภรรยาที่ถูกสามีทำทารุณกรรมนี้ ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะนำกระบวนการในการปรับเปลี่ยนความคิดและเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในผู้ติดเชืเอชไอวี ซึ่งเป็นกิจกรรมในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดอันตราย และผลกระทบจากการเจ็บป่วย
2. ระบุปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. กำหนดจุดมุ่งหมายและทำสัญญาร่วมกัน
4. ดำเนินกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนความคิด (Cognitive Restructuring) ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

4.1 การพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง คือ การกระตุ้นให้ผู้ติดเชืเอชไอวีพูด และทำความเข้าใจกับเนื้อหาความคิดในด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง

4.2 การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้องหรือไม่ คือ การกระตุ้นให้ผู้ติดเชืเอชไอวีคิดวิเคราะห์ว่าความคิดของตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงหรือไม่

4.3 การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริงคือ การกระตุ้นให้ผู้ติดเชืเอชไอวี คิดวิเคราะห์ว่าเมื่อตนเองมีความคิดในด้านลบเกิดขึ้นแล้ว ควรจะปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวอย่างไรให้อยู่ในพื้นฐานของความเป็นจริง

5. ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ติดเชืเอชไอวี มีปัญหาทางด้านอื่นอยู่ด้วย เช่น ด้านเศรษฐกิจ หรือการประกอบอาชีพ

6. การประเมินผลการดูแลโดยการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าพบได้สูงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระยะของการดำเนินโรค ผู้ศึกษาจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดของ ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ที่ได้ศึกษาไว้มาใช้ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดต่อตนเองในทางบวก และจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ

กรอบแนวคิดโครงการศึกษาอิสระ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

- การค้นหาสภาพการณ์จริง
- การกำหนดและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
- การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาโดยการสะท้อนความคิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้วยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- กำหนดแผนในการจัดการ กับการสูญเสียพลังอำนาจ
- สร้างแรงจูงใจในการดำเนินตามแผนที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อเอชไอวี

- ค้นหาความต้องการที่แท้จริง
- สนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ

- สร้างการตระหนักในความสามารถของตนเองในการจัดการกับการสูญเสียพลังอำนาจ
- พัฒนาทักษะการทำความเข้าใจสาระสำคัญของความคิดในด้านลบหรือความคิดที่ไม่เหมาะสมตามความเป็นจริง
- สนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ความคิดว่าถูกต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
- การปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้เหมาะสมตามความเป็นจริง

ภาวะซึมเศร้า