

✓ รายงานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว
ในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก

เยาวลักษณ์ บรรจงปรุ
เรณู พงษ์เรืองพันธุ์

ไข่มุก ห่อหุ้มด้วยรัก
ภาคตะวันออก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สนับสนุนการวิจัยโดยองค์การอนามัยโลก
ภายใต้แผนงาน Health Protection and Promotion

ISBN 974-573-153-6

พ.ศ. 2538

กิติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี เพราะได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่าย คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ รองศาสตราจารย์ ดร.พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์ ที่ได้ให้การสนับสนุน พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในด้านการประสานงาน อนุเคราะห์สถานที่ วัสดุ และอุปกรณ์ในการประชุม ทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Paul D. Tyson, Professor of Psychology Brock University ประเทศแคนาดา ที่ได้ให้คำแนะนำการเลือกใช้เครื่องมือในการวิจัย และเป็นพี่ปรึกษาของการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้สถานที่และอำนวยความสะดวกในการจัดประชุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจุรีรัตน์ บวรวิวัฒน์ และทีมงานสุขภาพประจำห้องโสตจิต โรงพยาบาลชลบุรี นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง และคุณเสาวลีย์ ศรีประทีป ที่ได้ให้คำแนะนำ นัดหมาย และช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว เป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง นายอำเภอ และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอบางปะกงทุกท่าน ที่ได้ให้แนวคิด ข้อเสนอแนะ และรูปแบบต่างๆ ในการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะทำงานประสานแผนงาน Health Protection and Promotion สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการประสานแผนงาน องค์การอนามัยโลก กองการสาธารณสุขต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้เห็นความสำคัญและให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

รศ.เขาวลัทธิ บรรจงปฐุ

ผศ.ดร.เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ

- เรื่อง : รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนิน
ชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่ง
ทะเลภาคตะวันออก
- ชื่อผู้วิจัย : นางเขวาลักษณ์ บรรจงปรุ
 นางเรณู พงษ์เรืองพันธ์ุ
- แหล่งทุนสนับสนุน : องค์การอนามัยโลก
- ปีที่ทำวิจัย : 2538

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ในการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 45 คน ครอบครัวของผู้ป่วย 28 คน ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน 33 คน หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และ ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาและการประชุมกลุ่มย่อย วิธีดำเนินการวิจัยโดยเก็บรวบรวม ข้อมูล ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วม โครงการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว การประชุมกลุ่มแบบมีจุดมุ่งหมาย เฉพาะ (focus group) ในกลุ่มผู้นำชุมชน และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มหัวหน้า ส่วนราชการระดับอำเภอ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนารูปแบบ ทาค่าสถิติเชิงบรรยาย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ การวิเคราะห์ค่าที (t-test) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัยโดยการทดลองใช้โครงการ “พัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว” พบว่า ระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และ ครอบครัวหลังเข้าร่วมโครงการ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 คณะผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความ พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวคือ “ปริมิตการพัฒนาสุขภาพ จิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว” ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ระบบ ที่ต้อง สอดประสานกัน ได้แก่

1. บ้าน ซึ่งมีครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือในการศึกษาปฏิบัติธรรมะ และปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อดูแลร่างกายและจิตใจ
 2. ชุมชน โดยเตรียมชุมชนให้มีการยอมรับ จัดเตรียมอาสาสมัครเพื่อให้การช่วยเหลือ
 3. โรงพยาบาล ทำหน้าที่ด้านการรักษา ให้คำปรึกษา และเตรียมผู้ป่วยและญาติให้กลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข
 4. ระบบการช่วยเหลือของสังคม โดยจัดหางาน จัดระบบให้คำปรึกษา จัดกิจกรรมด้านศาสนา
 5. ระบบการดูแลระยะสุดท้าย ภาครัฐบาล ภาคเอกชน และองค์การกุศล โดยจัดดำเนินงานด้านสถานสงเคราะห์เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น และระยะสุดท้าย
- ทั้ง 5 ระบบ จำเป็นต้องมีความรัก ความเข้าใจ และความเห็นใจที่สังคมมอบให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

Title : Model for mental health development for life satisfaction of people living with AIDS and their families in Eastern Sea-board area

Researcher : Mrs. Yavalaksna Bunjongproo
Mrs. Rana Pongruengphant

Grant by : World Health Organization

Year : 1995

ABSTRACT

The main objective of this research was to develop a model of mental health development for the life satisfaction of people living with AIDS and their families. The samples consisted of 45 AIDS patients , 28 of their family members, 33 community leaders and 6 district level administrators from the government sector. Data collection was done by questionnaire for life style satisfaction of AIDS patients and their families before and after participating in the development of the health of people living with AIDS and their families programme, focus group among the community leaders and in-depth interviews with local government administrators. Data analysis was done by descriptive analysis, Pearson-Product Moment Correlation, Multiple regression, t-test and content analysis.

Major findings:

The result of testing the model for mental health development of people living with AIDS and families project were that the life satisfaction of AIDS patients and their families was significantly higher post-test than pre-test at a level of significance of .05. The researchers developed an appropriate model for mental health development for the life satisfaction of the people living with AIDS

and their families which was named “ The pyramid of mental health development for the people living with AIDS patients and their families”. This is composed of 5 integrated parts:

1. Home: family care through study and practice of Dhamma, and self-care by following advice given by doctors both physical and psychosocial.
2. Community : by preparing the community to accept the people living with AIDS and preparation of volunteers to provide assistance.
3. Hospital : provide treatment, counseling, preparation of patients and families to enable them to return to community happily.
4. Society assistance system : by providing work, counseling, and religious activities.
5. Hospice Care : public, private sector and charity organizations through establish welfare centers for the care of people living with AIDS, both respite and in the terminal stages.

All 5 systems must show love, understanding and sympathy that society can provide to the people living with AIDS.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ข้อจำกัดในการวิจัย	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
พลวัตของโรคเอดส์	7
ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา	12
ธรรมะกับสุขภาพจิต	17
การช่วยเหลือของราชการและชุมชนในผู้ป่วยโรคเอดส์	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24

3	วิธีดำเนินการวิจัย	27
	ประชากร	27
	กลุ่มตัวอย่าง	27
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้	28
	คุณภาพของเครื่องมือ	33
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
	การวิเคราะห์ข้อมูล	35
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	36
	สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	39
	การศึกษา ความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนของ ครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้ป่วย และความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการสนับสนุน ของครอบครัว และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของ ครอบครัว	44
	ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วย โรคเอดส์ กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภูมิหลังของผู้ป่วย ความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของ ครอบครัว	54
	เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต	59
	เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัว ผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิต ..	62
	ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อเสนอแนะจากชุมชน เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการ	63
	รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว	67

บทที่

หน้า

5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	74
	สรุปผลการวิจัย	76
	อภิปรายผล	78
	ข้อเสนอแนะ	82
	บรรณานุกรม	83
	ภาคผนวก	87
	ประวัติผู้วิจัย	127

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ค่าความเที่ยงของแบบเก็บรวบรวมข้อมูลชนิดต่างๆ	33
2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคเอดส์จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล ..	39
3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์	41
4 จำนวนและร้อยละของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามสถานภาพ ส่วนบุคคล	42
5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์	43
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย โรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	44
7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วย โรคเอดส์ จำแนกรายด้านและโดยรวม	45
8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วย โรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	46
9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของ ครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตาม รายด้านและโดยรวม	47
10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของ ครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	48
11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายด้านและโดยรวม	50
12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	50

13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการ ดำเนินชีวิตของ ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	52
14	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ	53
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ...	54
16	ค่าสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนน มาตรฐาน (β) ทำการทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดง สมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความพึงพอใจในการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์	55
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ ในกลุ่มครอบครัว ผู้ป่วยโรคเอดส์	57
18	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริม สุขภาพจิต รายด้านและโดยรวม	59
19	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริม สุขภาพจิตรายข้อ	60
20	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นรายข้อ และโดยรวม	62

สารบัญภาพ

ภาพ		หน้า
1	ปริมิตการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว (ภาพมุมสูง)	68
2	ปริมิตการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว (ภาพด้านหน้า)	69
3	สรุปวิธีดำเนินการวิจัย	75

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะคุกคามที่ใหญ่ที่สุดภาวะหนึ่งในขณะนี้ คือ การแพร่ระบาดทั่วโลกของกลุ่มอาการภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า โรคเอดส์ ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นผลกระทบโดยตรงต่อความผาสุกของครอบครัว ปัญหาสำคัญที่ครอบครัวได้รับผลกระทบมาก ได้แก่ การจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม การศึกษา ตลอดจนความรักและความสุขในครอบครัว ซึ่งกลายเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญ และทำลายอย่างใหญ่หลวงในโลกปัจจุบัน

โรคเอดส์มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย องค์การอนามัยโลกได้รายงานเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2535 ว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์ทั่วโลกทั้งสิ้น 611,589 คน และจากการที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณว่า ในขณะนี้ น่าจะมีผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณ 2.5 ล้านคน (กองโรคเอดส์, 2536, หน้า 1) สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานจำนวน ผู้ป่วยเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2536 รวมทั้งสิ้น 4,591 ราย (กองโรคเอดส์, 2536, หน้า 4) ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้ เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มียาที่จะรักษา หรือมีวัคซีนที่จะใช้ป้องกันโรคนี้อีกได้ผล

เป็นที่ทราบดีว่า ความเจ็บป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ เมื่อทราบว่าตนติดเชื้อเอดส์จะมีอาการทางด้านสุขภาพจิต คือ ตกใจกลัวมาก มีความวิตกกังวล กลัวเพื่อนจะรังเกียจ กลัวไม่หาย กลัวตาย ขึ้นต่อมากจะมีอาการสับสน ตัดสินใจไม่ถูก บางรายมีการประชดชีวิตตนเองด้วยการดื่มเหล้า ทำลายสิ่งของเครื่องใช้ในบ้าน ไม่ยอมรับประทานอาหาร มีความคิดที่จะทำร้ายตนเองและผู้อื่น คิดที่จะฆ่าตัวตาย (สมชัย จิโรจน์วิวัฒน์ และคณะ, 2533, หน้า 23-30) นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์ยังต้องเผชิญปัญหา

กับผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ การถูกเหยียดหยาม รังเกียจ ถูกแบ่งแยกจากสังคม บางรายถูกไล่ออกจากงาน ขาดรายได้ที่จะมาจุนเจือครอบครัว สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว ทำให้เป็นปัญหาซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

แนวทางหนึ่งที่จะช่วยเหลือหรือสนับสนุน ให้ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว สามารถปรับสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาความพึงพอใจ ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของตน สามารถดำเนินชีวิตในบทบาทที่เหมาะสมตามศักยภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัวเป็นหลัก ได้แก่ การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ศึกษาเจาะลึกเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เพื่อนำมากำหนดรูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต การให้บริการและการดำเนินงานที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนสามารถตอบสนองได้ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วม (PAR) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สมควรเร่งดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าขององค์การอนามัยโลก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และภูมิหลังของผู้ป่วยโรคเอดส์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวกับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของครอบครัว และภูมิหลังของครอบครัว
4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต

5. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิต

6. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว และข้อเสนอแนะจากชุมชนเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการ

7. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และภูมิหลังของผู้ป่วย สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้

2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของครอบครัว และภูมิหลังของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้

3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

4. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ หลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ที่ได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข และยอมรับว่าตนเป็นโรคเอดส์แล้ว

2. พื้นที่ที่ศึกษาครอบคลุมบริเวณ 3 จังหวัด เขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ผู้ป่วย

ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว

ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และภูมิหลังของผู้ป่วยโรคเอดส์

3.2 ครอบครัว

ตัวแปรเกณฑ์ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว

ตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของครอบครัว และภูมิหลังของครอบครัว

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีข้อจำกัดในการวิจัยดังนี้

1. ในขั้นแรก การกำหนดผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยเนื่องจาก ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวนหนึ่ง ไม่ต้องการให้ครอบครัวได้ทราบ จึงต้องหาผู้ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและเปิดเผยให้ครอบครัวทราบได้

2. ในขั้นการติดตามผล จำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลงมาก เนื่องจาก

2.1 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะโรคหนักรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยต่อได้

2.2 ระยะเวลาการติดตามผลกับพัฒนาการของโรคไม่สัมพันธ์กัน จึงทำให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายเสียชีวิตไปแล้ว

2.3 ผู้ป่วยย้ายแหล่งรักษา และย้ายถิ่นที่อยู่โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ จึงไม่สามารถติดตามผลได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยคัดสรร หมายถึง ตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และภูมิหลังของผู้ป่วยโรคเอดส์

สำหรับตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของครอบครัว และ ภูมิหลังของครอบครัว

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วยด้านร่างกาย และด้านส่วนตัว

การสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง การช่วยเหลือที่ครอบครัวให้กับผู้ป่วย มี 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ การยอมรับยกย่อง การสนับสนุนให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ข้อมูลข่าวสาร และการช่วยเหลือเงินทองสิ่งของแรงงาน

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต หมายถึง ความรู้สึกที่ดี มีความสุข ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

ผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ HIV บวก และได้รับการให้ คำปรึกษาจากหน่วยราชการแล้ว โดยผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองเป็นโรคเอดส์แล้ว

ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ หมายถึง สามี ภรรยา บุตร ธิดา พ่อ แม่ พี่ น้อง ญาติ หรือเพื่อน ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเอดส์ และเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ในเรื่องต่าง ๆ

โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาเป็นระยะ ๆ ของหน่วยงานของทางราชการ
2. การรักษาตามอาการที่ให้บริการ จากหน่วยงานของทางราชการ

อย่างสม่ำเสมอ

3. หนังสือคู่มือธรรมะ 1 ชุด ประกอบด้วยหนังสือต่าง ๆ ดังนี้
 - หนังสือเรื่อง “หินลับปัญญา” โดย แพทย์หญิงอมรา มลิลลา
 - หนังสือเรื่อง “รู้-เห็นเป็นชิ้นในใจ” โดย แพทย์หญิงอมรา มลิลลา
 - หนังสือเรื่อง “คู่มือการปฏิบัติธรรม” โดย หลวงพ่ออิสระ มณี
4. เทป 1 ชุด ประกอบด้วยเรื่องต่าง ๆ ดังนี้
 - เทปธรรมะ “สี่ทางธรรมและการฝึกปฏิบัตินั่งสมาธิ” โดย พระครูโสภิตสุดคุณ รวม 1 ชุด (2 ม้วน)

- เทปบรรยาย “วิกฤต...สุดท้าย ร.พ.ศิริราช” โดย แพทย์หญิงอมรา มลิลิต

5. การประชุมกลุ่มย่อย (Small group discussion)

ผู้นำชุมชน หมายถึง คณะกรรมการบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยประธานกรรมการฯ ประธานสภาฯ คณะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารส่วนตำบล ซึ่งได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เกษตร ครู อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ หมายถึง นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ศึกษาธิการอำเภอ ผู้อำนวยการโรงเรียน อุตสาหกรรมอำเภอ ปลัดอำเภอ ประมงอำเภอ และหัวหน้าสถานีตำรวจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลของการวิจัยครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวได้
2. บุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถใช้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้กับผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวได้
3. สถาบันทางด้านการให้บริการสุขภาพอนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาได้อื่น ๆ ด้วย

บทที่ 2

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัย ได้ทำการศึกษาตามหัวข้อต่อไปนี้

1. พลวัตของโรคเอดส์
2. ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
3. ธรรมะกับสุขภาพจิต
4. การช่วยเหลือของราชการและชุมชนในผู้ป่วยโรคเอดส์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พลวัตของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS) ย่อมาจาก Acquired Immuno Deficiency Syndrome แปลตามความหมายของคำ หมายถึง กลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องหรือเสื่อมลง อันเป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการคลอด ซึ่งไม่ได้เป็นการสืบทอดทางพันธุกรรม

ความเป็นมาของโรคเอดส์นั้น ได้มีการสันนิษฐานกันว่า โรคเอดส์มีกำเนิดในแอฟริกากลางตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 และพบในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี พ.ศ. 2524 โดยมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศจำนวน 5 ราย จากลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย ซึ่งเดิมชายดังกล่าวมีสุขภาพดี เกิดการติดเชื้อ Pneumocystic carinii ต่อมาไม่นานพบผู้ป่วยชายเป็น Kaposi Sacrona ซึ่งเป็นมะเร็งของเอ็นโดทีเลียมของหลอดเลือด (สุรพล สุวรรณกุล, 2533, หน้า 746) ในปี พ.ศ. 2526 บาร์เรซินโนสซี และคณะ (Barresinovssi et al.) จากสถาบันพลาสติกส์ ฝรั่งเศส ได้พบว่า โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเรียกว่า Lymphodemopathy Associated Virus (LAV) และในปีต่อมา กอลโล และคณะ (Gallo et al.) สามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วย

โรคเอดส์ตั้งชื่อว่า HIVIII (Human cell-Lymphotropic Virus III) แต่เนื่องจากไวรัสทั้งสองชนิดเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2529 คณะกรรมการศึกษา Retrovirus จึงตั้งชื่อใหม่ว่า Human Immunodeficiency Virus (HIV) (สุธี ลิ้มอักษร และคณะ, 2530, หน้า 246)

ปัจจุบันประมาณการได้ว่า แต่ละปีจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์ในประเทศสหรัฐอเมริกา 50,000 คน หรือวันละ 130 คน ส่วนใหญ่จะเป็นชายรักร่วมเพศ มีผู้ป่วยหญิงเล็กน้อย และพบใน heterosexual male เป็นบางครั้ง ยังคงพบในคนไข้เอดส์จากการได้รับเลือดเชื้อไวรัส และผู้ติดจากเข็มฉีดยาอีกเล็กน้อย ส่วนประชากรทั่วโลกนั้น องค์การอนามัยโลกคาดว่า จะมีผู้ติดเชื้อ HIV โดยเพิ่มขึ้นวันละ 5,000 ราย (Marcus, 1995, p. 2)

สำหรับประเทศไทย ในช่วงระยะแรก (พ.ศ. 2527-2530) พบว่ามีผู้ติดเชื้อส่วนมากเป็นชายรักร่วมเพศ หลังจากปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา โรคเอดส์เริ่มเป็นในผู้ติดยาเสพติด และในเวลาใกล้เคียงกันมีการตรวจพบเชื้อ HIV ในหญิงบริการทางเพศหญิงที่เป็นแม่บ้าน ทารก และเด็กในที่สุด จากรายงานการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ แถบเอเชียแปซิฟิก ครั้งที่ 3 (วันที่ 17-21 กันยายน 2538) ว่า ได้พบการเสียชีวิตของทารกที่ติดเชื้อ Adenovirus ในประเทศไทย ซึ่งนับเป็นการพบครั้งแรก และจากรายงานของ สตีเฟน ฮาฟ แห่งมหาวิทยาลัยมิชิแกน พบว่า ภาคเหนือของไทยมีการพบ HLA-1 ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมที่มีผลการยืดเวลาการเป็นเอดส์เต็มขั้นของผู้ติดเชื้อ HIV (ผลเกี่ยวกับเรื่องนี้จะมีการทำวิจัยต่อไป) นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี กล่าวถึงสภาวะการติดเชื้อไวรัสโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยว่า มีปริมาณสูงอย่างมากและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นโดยกล่าวถึงจังหวัดเชียงรายและเชียงใหม่ว่าภายในสิ้นปี พ.ศ. 2538 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโรคจะมีเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของเมื่อปี พ.ศ. 2531 โดยมีจำนวนสูงกว่า 100 คน ต่อ ประชากร 100,000 คน แนวโน้มดังกล่าวอาจทำให้เกิดการระบาดของไวรัสโรคในภาคเหนือ และจะมีปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงตามมา โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพของชุมชน สังคม และมวลมนุษยชาติโดยทั่วไป (Third International Conference on AIDS in Asia and Pacific, 1995)

นักวิชาการจากธนาคารโลก บรรยายสรุปรายงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจที่ครัวเรือนและสมาชิกได้รับ เมื่อผู้ใหญ่ในครอบครัวติดเชื้อ HIV หรือเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และวิธีการที่สมาชิกใช้เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยได้แสดงให้เห็นว่า ครัวเรือนและสมาชิกได้รับผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเมื่อมีผู้เสียชีวิต

ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ การสูญเสียรายได้มาจุนเจือครอบครัว เมื่อผู้ติดเชื้อต้องออกจากงาน ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเด็กก็ต้องออกจากโรงเรียนเข้าสู่ตลาดแรงงานเพื่อหารายได้ก่อนวัยอันสมควร ส่วนผลกระทบระยะยาวนั้น ได้แก่ ปัญหาเด็กกำพร้า และผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลในการดูแลรักษาผู้ป่วย สูญเสียแรงงานและผลผลิตพร้อมทั้งทำให้เกิดการสูญเสียโครงสร้างประชากรในสังคมอีกด้วย

มีชัย วีระไวทยะ บรรยายในการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ว่า ประเทศไทยเผชิญหน้ากับโรคเอดส์ ใน 4 ยุค ได้แก่

1. ยุคมืด (ก่อน พ.ศ. 2534) เป็นช่วงของการโกหก หลบซ่อนและปฏิเสธ
2. ยุคสว่าง ในช่วงรัฐบาลอนันต์ ซึ่งได้มีการผลักดันหลายสิ่งให้เกิดขึ้น รวมถึงการเปิดอกพูดถึงปัญหาโรคเอดส์
3. ยุคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จนถึงรัฐบาลปัจจุบัน เป็นช่วงที่รัฐบาลให้การสนับสนุนการแก้ปัญหา AIDS เพียงแต่ตามแรงผลักดันจากสมัยรัฐบาลยุคที่ 2 เท่านั้น
4. ยุครัฐบาลปัจจุบัน ซึ่งยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก โดยเฉพาะการประชุมครั้งแรกของกรรมการเอดส์แห่งชาติ ยังไม่ได้มีขึ้น รวมถึงนโยบายเรื่องโรคเอดส์ก็ยังไม่ได้มีการพูดถึงในระดับนโยบายของรัฐบาล

มีชัย ยังได้เสนอแนะถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ โดยให้คำนึงถึงความจริง 7 ประการ

1. ไม่ควรพิจารณาโรคเอดส์ว่า เป็นปัญหาเฉพาะด้านสาธารณสุข แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องถึงสังคมและการพัฒนาประเทศด้วย
2. การตอบสนองต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ ต้องให้พอดีกับความสำคัญของความใหญ่โตของปัญหานั้น
3. ทุกๆ ฝ่ายต้องเข้าใจถึงสถานการณ์โรคเอดส์อย่างแจ่มแจ้ง โดยการเปิดตัวอย่างแท้จริง
4. ทุกหน่วยงานในสังคมต้องมีส่วนร่วม
5. บรรดาผู้ใหญ่ในคณะรัฐบาล ต้องลุกขึ้นมาต่อสู้ และเป็นแกนนำในคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ
6. รัฐมนตรีทุกกระทรวงต้องมีส่วนร่วมแก้ไข
7. ต้องไม่มีการแบ่งแยก ผู้ติดเชื้อถือว่าเป็นครุฑที่ตีที่สุด

รูปแบบและแนวทางแก้ไขเพื่อการต่อสู้ HIV/AIDS

จะเห็นได้ว่าโรคเอดส์มิใช่แค่ปัญหาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงปัญหาทางจิตใจและสังคมโดยรวมด้วย ซึ่งจากรายงานการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์แถบเอเชียแปซิฟิก ครั้งที่ 3 (วันที่ 17-21 กันยายน 2538) หลายๆ ประเทศจึงยอมรับว่ามีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้นและมีอยู่จริง พร้อมทั้งหันหน้ามาร่วมกัน เพื่อหาวิธีการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเช่น

องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ว่า มีความต้องการในการดูแลประกอบด้วย 4 ส่วนใหญ่ ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ การรักษา (Medical Service) ส่วนที่ 2 คือ การดูแลด้านการพยาบาล (Nursing care) สองส่วนนี้จะเน้นในแง่การดูแลรักษาทางร่างกาย ส่วนที่ 3 คือ การดูแลด้านจิตใจหรือบริการ (Counseling) และส่วนที่ 4 คือการช่วยสนับสนุนด้านสังคม ทั้ง 4 หัวข้อคือประเด็นสำคัญที่การจัดการดูแลต้องครอบคลุม (ขจัด ฝากประทาน, อภิปราย)

ในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ในประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อยมา จนถึงปี พ.ศ. 2534 จากนั้นก็คงที่ นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับเอดส์คือ เน้นไม่ให้มีการแบ่งแยกสิทธิ และยอมรับผู้ป่วยเอดส์จากสังคม โดยให้นักการเมืองและผู้ติดเชื้อเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองนโยบาย

ส่วนในประเทศอินเดีย ได้จัดให้มีองค์กรควบคุมเอดส์แห่งชาติ (National AIDS Control Organization) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 โดยมีนโยบายเปิดรับมาตรการต่างๆ ของประเทศอื่นด้วย โครงสร้างขององค์กรดังกล่าวเริ่มจากระดับท้องถิ่นสู่ระดับชาติ โดยแทรกแซงผ่านระบบการศึกษา โดยเฉพาะการให้การศึกษาต่อนักเรียนที่มีอายุอยู่ในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูง การกระจายความรู้โดยการประสานงานกับองค์กรภายนอก โดยใช้สื่อมวลชนเป็นเครื่องมือหลัก

สำหรับในประเทศญี่ปุ่น โซอิชิโร อิวาโอ (Soiechiro Iwao) แถลงว่า อัตราการเกิดโรคเอดส์มีสาเหตุหลักมาจากเพศสัมพันธ์ และอัตราการติดเชื้อในสตรีสูงกว่าบุรุษ นโยบายหลักระยะยาวสำหรับปี พ.ศ. 2538-2543 จึงมุ่งเน้นการรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเพศสัมพันธ์ ปลอดภัย (Safe sex) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มอายุที่มีอัตราการเสี่ยงสูง ในปี พ.ศ. 2538 รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านเอดส์ไว้จำนวน 10,971 ล้านเยน

อีกประเทศหนึ่งที่เน้นความสำคัญของท้องถิ่น คือ ประเทศจีน เนื่องจากประเทศจีนเป็นประเทศใหญ่ การกระจายความสำคัญจากส่วนกลางจึงทำให้ทั่วถึงได้ยาก ดังนั้นรูปแบบและแนวทางการแก้ไขเพื่อต้านเอดส์จึงมุ่งเน้นความสำคัญระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงทั่วประเทศ

ประเทศแอฟริกา มีการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV มากที่สุด โดยเฉพาะในคนหนุ่ม ผู้หญิงและเด็ก ด้วยสาเหตุของการขาดแคลนระบบสาธารณสุขขั้นมูลฐาน ทรัพยากรทางสาธารณสุขและบุคลากร จึงเป็นเรื่องท้าทายอย่างยิ่งของชาวแอฟริกา ในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในภาวะที่จำกัดเช่นนี้ มีการคิดค้นรูปแบบ แนววิธีต่างๆ ซึ่งปฏิบัติได้ง่าย ได้แก่ การจัดตั้งสถานบำบัดในชุมชน ริเริ่มและปรับปรุงวิธีการรักษาขั้นมูลฐาน จัดตั้งแนวทางการวินิจฉัยโรคขั้นมูลฐาน ฝึกฝนผู้บำบัดรักษาชาวท้องถิ่น สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ต่อไป นอกเหนือจากนั้น รัฐยังเป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่สามารถให้การสนับสนุนการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ โดยการปรับปรุงหน่วยงานบริการสาธารณสุขต่างๆ เป็นตัวกลางชักนำหน่วยงานอื่นๆ เข้าร่วมมือเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้อง รวมทั้งจัดสรรกองทุนแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์

สำหรับประเทศไทย ยุทธศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 มีสาระสำคัญว่า จะต้องเสริมศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชนให้เข้มแข็ง พร้อมทั้งปัญหาสภาพแวดล้อมทางสังคมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะของครอบครัวและคน ในการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนมีการปรับลดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยกำหนดให้ปรับปรุงแผนกิจกรรมต่างๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนในแต่ละองค์กร หน่วยงานในภาคต่างๆ ภายใน 5 ปี พร้อมทั้งได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 3 ระดับ ยุทธศาสตร์หลักมุ่งพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการพัฒนาสังคมจิตวิทยาและสภาพแวดล้อม ยุทธศาสตร์สนับสนุน เช่น การพัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจและการบริหารทางสาธารณสุข และยุทธศาสตร์พื้นฐาน ได้แก่ การพัฒนาภูมิปัญญา และการบริหารโครงการ (วิพุธ พูลเจริญ, บรรยาย, 2538)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นพลวัตที่เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ตามแบบแผนการระบาด “ทฤษฎีกันหอย” ซึ่งเป็นการแพร่ระบาดจากวงใน เริ่มจากผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นชายรักร่วมเพศ ขยายสู่ผู้ติดเชื้อเสพติด สู่หญิงบริการทางเพศ สู่ชายนักเที่ยว สู่แม่บ้าน และสู่วงนอกคือทารกและเด็กในที่สุด ย่อมเป็นที่ยอมรับว่า โรคเอดส์มิใช่แต่ส่งผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจและสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมี

รวมถึงปัญหาทางจิตใจและสังคมโดยรวม ดังนั้น หลายๆ ประเทศจึงยอมรับว่า มีปัญหาโรคเอดส์เกิดขึ้นและมีอยู่จริง พร้อมทั้งหันหน้ามาร่วมกันค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ตลอดจนค้นหาวิธีการและกลยุทธ์ที่จะนำมาใช้เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เพื่อเป็นการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ให้ได้และเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวแปรหลักที่ใช้ในการศึกษา

1. ความรู้สึกนึกคิด (mood assessment)

ความรู้สึกนึกคิด เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2538 (Tyson & Pongruengphant, 1995) โดยปรับปรุงจากแบบวัดความเศร้า (depression) ที่ตนเองรับรู้ จากแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัย 2 ชุด (คือ DSM-III-R diagnostic criteria, 1987 และ MADRS Montgomery Asberg Depression Rating Scale, 1962) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (Maj et al., 1994) ได้ใช้แบบสัมภาษณ์ 2 ชุด นี้ในโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการศึกษาข้ามวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 955 คน ได้รับการสัมภาษณ์จากศูนย์ต่างๆ 5 แห่ง คือ กรุงเทพฯ, ประเทศไทย: กินซาซา ประเทศซาอีร์ (Kinshasa Zaire) เมืองมิวนิค ประเทศเยอรมัน (Munich, Germany) เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา (Nairobi, Kenya) และ เซาเปาโล ประเทศบราซิล (Sao Paulo, Brazil) จากผลการวิจัย ในการใช้ MADRS พบว่า ความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในภาวะเศร้า ของผู้ป่วยที่ผลการตรวจเลือด เอชไอวี บวกสูงกว่าผู้ที่ตรวจเลือดไม่พบเชื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมในทุกศูนย์ (Maj et al., 1994) เพื่อให้เป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการสัมภาษณ์แต่ละบุคคล ไทสัน และพงษ์เรืองพันธุ์ (Tyson & Pongruengphant, 1995) จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าโดยตนเองเป็นผู้รายงาน ซึ่งใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับ DSM-III-R diagnostic criteria

แบบวัดความรู้สึกนึกคิด (Mood Assessment Scale) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยคำถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเอดส์ รวม 17 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อความที่เกี่ยวข้องกับการขาดความสนใจในกิจกรรมประจำวัน การนอนหลับยาก การเห็นคุณค่าของเพื่อน คนรัก และครอบครัว ความรู้สึกไร้ความหมาย ไร้คุณค่า อาการเบื่ออาหาร ความภาคภูมิใจในชีวิต ความรู้สึกว่าได้ทำกิจกรรมใดๆ ความรู้สึกหงุดหงิด ผิดหวัง ความสนุกสนานกับชีวิตและบุคคลรอบข้าง ความไม่สนใจ

เรื่องเพศ การหลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อน คนรัก หรือครอบครัว ความรู้สึกเหมื่อยล้า หด
 แรง การขาดสมาธิ ความรู้สึกกว่าแข็งแรงหรือมีพลัง ความรู้สึกคิดฆ่าตัวตายหรืออยากตาย
 การมีความหวังในชีวิตและบุคคลทั่วไปมากขึ้น

แบบวัดความรู้สึกนึกคิดดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบความเที่ยง แล้วมีค่า
 ความเที่ยง $\alpha = .80$ ซึ่งเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพสามารถใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

2. อัตมโนทัศน์ (self concept)

อัตมโนทัศน์ เป็นทัศนคติและการยอมรับ เกี่ยวกับกับตนเอง รวมถึงการ
 ประเมินตนเองด้วย อัตมโนทัศน์พัฒนาตามวัยและวุฒิภาวะจากประสบการณ์แห่งตน
 การใช้ภาษาจะช่วยให้บุคคลเกิดอัตมโนทัศน์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น ประสบการณ์ที่ดีจะให้ค่า
 นิยมในทางบวก ประสบการณ์ที่ไม่ดีจะให้ค่านิยมในทางลบ โดยประสบการณ์ที่สำคัญใน
 วัยทารกจะสร้างความพึงพอใจและมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์มาก ต่อมาเมื่อเด็กเติบโต
 ขึ้นมีปฏิกริยากับบุคคลอื่น ๆ ประสบการณ์และการประเมินผลทางสังคมที่ได้รับ นับเป็น
 ปรัชญาการณ์ที่รับรู้เฉพาะตน (Rogers, 1951, p. 498) ในขณะเดียวกันวัฒนธรรมและ
 แบบแผนทางสังคม ก็มีผลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์เช่นเดียวกัน อัตมโนทัศน์ในทาง
 บวกเป็นผลให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยการมี
 พฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบจะไม่มี ความเชื่อมั่นในตน
 เอง จะมีการรับรู้ที่แคบและเบี่ยงเบนจากความเป็นจริง เนื่องจากถูกรู้สึกคุกคามได้ง่าย
 มีความวิตกกังวลสูง และหมกมุ่นกับการป้องกันตนเอง (Stuart & Sundeen, 1983, p.
 244)

ไดรฟ์เวอร์ (Driever, 1976, p. 172) ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2
 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย และอัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย
 หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายตนเอง ทั้งทางด้านรูปร่างและหน้าตา ประสิทธิภาพการ
 ทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และสภาวะสุขภาพที่เกิดตามการรับรู้ของแต่ละ
 บุคคล ซึ่งก็คือภาพลักษณ์ (body image) นั่นเอง ความเจ็บป่วยมีผลต่ออัตมโนทัศน์
 ด้านร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์บางอย่าง เช่น
 มีพฤติกรรมซึมเศร้า นอนไม่หลับ ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น สำหรับ
 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัวหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจ
 และการประเมินค่าบุคลิกภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้าน
 ความสม่ำเสมอในตนเอง ด้านปณิธาน และด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง

ด้วยเหตุนี้ อัจฉริยะจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลนั้นเผชิญกับความเจ็บป่วย ถ้าบุคคลมีอัจฉริยะในด้านบวก จะช่วยให้มีการปรับตัวได้ดี และสามารถรับกับทุกสถานการณ์ได้

3. การสนับสนุนของครอบครัว (family support)

มีผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมาก ที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว นอกจากนั้นยังถูกแบ่งแยก หรือปฏิเสธ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากบุคคลในครอบครัวยังคงเชื่อว่าเชื้อเอดส์สามารถแพร่ได้ในการใช้ชีวิตปกติ หรือเกิดจากความรังเกียจว่า ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งความเชื่อเหล่านี้ล้วนไม่ถูกต้องทั้งสิ้น และอาจเป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อต่อต้านสังคม หรือเกิดปฏิกิริยาก้าวร้าวขึ้นได้

การสนับสนุนของครอบครัว เป็นระบบที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างยิ่ง เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลซึ่งใกล้ชิดและผู้ป่วยให้ความไว้วางใจมากที่สุด ฮิลเบิร์ต (Hilbert, 1984, pp. 217-220) กล่าวว่า คู่สมรสเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการใช้เวลาอันยาวนานในการแสดงบทบาทการช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนของคู่สมรสรวมถึงการแสดงออกในทางที่ดี เช่น การสวดมนต์ การชักจูงส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง การเป็นแหล่งทรัพยากรบุคคล ที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย การช่วยเหลือทางด้านร่างกาย เช่น การแบ่งเบาภาระงานที่ทำ การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างใกล้ชิด รวมถึงการแสดงออกซึ่งความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ การมีส่วนร่วมในบุคคลและสังคมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการได้รับอิทธิพลจากจารีตประเพณี นอกจากนี้ ยังได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของการสนับสนุนที่ได้รับจากคู่สมรสไว้เป็นจำนวนมาก เช่น ลิน และคณะ (Lin et al., 1985, p. 119) พบว่า ความช่วยเหลือที่ได้รับจากคู่สมรสซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่มีความผูกพันอย่างเหนียวแน่นนี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสถานการณ์เครียดได้มากกว่าที่ได้จากบุคคลอื่น

เกี่ยวกับการแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม คอบบ์ (Cobb, 1979, pp. 93-95) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ 1) การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่บอกว่า บุคคลนั้นได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจของแต่ละคน และสามารถสื่อได้ด้วยการกระทำ เพื่อให้อีกผู้หนึ่งทราบว่ามีความสนใจสุขทุกข์ของเขา 2) การตอบสนองความต้องการ

ด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า โดยที่มนุษย์เราทุกคนต้องการให้คนอื่นเห็นคุณค่า และยอมรับในความสำเร็จ หรือความสามารถของคน ซึ่งจะบรรลุผลได้เมื่อความสามารถในพฤติกรรมตามบทบาทของผู้นั้นได้รับการยอมรับ และเชื่อถือจากสมาชิกในกลุ่มสังคม 3) การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นข้อมูลที่จะบอกว่าบุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการนี้มักพบในกลุ่มวัยรุ่น หรือกลุ่มผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกของสมาคมต่าง ๆ เมื่อคนต้องการมีมิตรภาพก็จะเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในสังคมจะเกิดได้จากการเข้าร่วมประสบการณ์หรืองานเดียวกันเพื่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้คนมีความรู้สึกว่าคุณออกจากสังคม ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

เฮาส์ (House's study (as cited in Cronenwett, 1984), p. 9) ได้เพิ่มเติมชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้อีก 3 ด้าน คือ 1) การช่วยเหลือ ด้านเงินทอง สิ่งของ และแรงงาน ซึ่งเป็น พฤติกรรมความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ 2) การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร เป็นข้อมูลคำแนะนำต่าง ๆ ที่จำเป็นและนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ 3) การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเอง และเปรียบเทียบพฤติกรรม เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และทำให้รู้จักเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม

จากการศึกษาชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ คอบบ์ (Cobb) และ เฮาส์ (House) ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของมนุษย์ทุกประการ จึงได้นำแนวทางดังกล่าว มาใช้เป็นข้อมูลหลักในการสร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมีดังนี้คือ

ด้านที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัวนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น รวมทั้งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย

ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สามารถตามบทบาทของตน และบทบาทเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากคู่สมรส ย่อมทำให้เกิดความเชื่อมั่น และรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

ด้านที่ 3 การสนับสนุนในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หากครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นซึ่งไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวหรือถูกแยกออกจากสังคม

ด้านที่ 4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมจากครอบครัวจะเป็นผลให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษาและดูแลตนเองให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป

ด้านที่ 5 การสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานของครอบครัว จะเป็นการช่วยเหลือเพื่อแบ่งเบาภาระในการทำงาน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงจากสุขภาพเสื่อมลง ทำให้รายได้ลดลงจากเดิมนั้น การได้รับความช่วยเหลือในด้านเงินทอง หรือสิ่งของนั้น ผู้ป่วยจะสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาได้โดยตรง

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัวในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับนั้น สามารถที่จะลดภาวะเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะส่งผลนั้นปลายคือ มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

4. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต (life satisfaction)

ในการวัดความพึงพอใจในชีวิตนั้น ปาล์มอร์ และลุยคาร์ท (Palmore & Luikart, 1972, p. 72) ได้กล่าวว่า การวัดความพึงพอใจในชีวิต จะไม่มีผู้ใดผู้หนึ่งเป็นคนตัดสิน บุคคลแต่ละคนจะเป็นผู้ให้ความสำคัญกับคุณค่าของชีวิตเอง นั่นคือ หากจะวัดความพึงพอใจของผู้ใด ควรให้ผู้นั้นเป็นคนประเมินตนเอง

เกี่ยวกับการวัดความพึงพอใจในชีวิต เฟลนาแกน (Flanagan, 1978, pp. 138-147) ได้ค้นหาเหตุการณ์ที่สำคัญซึ่งบ่งบอกถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จากนั้นจึงได้รวบรวมเหตุการณ์ 6,500 เหตุการณ์จากตัวอย่างประชากรเกือบ 3,000 คน ที่ต่างอายุ เชื้อชาติ และภูมิหลัง เพื่อค้นหาว่า เขาเหล่านั้นคิดว่าอะไรคือความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เหตุการณ์ทั้ง 6,500 เหตุการณ์ บางเหตุการณ์ที่ใกล้เคียงกันก็จะจัดให้เป็นหมวดหมู่เดียวกัน ซึ่ง เฟลนาแกน ได้แบ่งความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็น 5 ด้าน และในแต่ละด้านยังมีข้อปลีกย่อยลงไป ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ เฟลนาแกน แบ่งได้มีดังนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ การมีความสุขในชีวิตด้วยความพร้อมทางวัตถุ และปราศจากการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ หลีกเลี่ยงจากการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่น ๆ

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้แก่ สัมพันธภาพกับคู่สมรส หรือคนรัก ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การใช้เวลาในการอยู่และมีความสุขกับบุตรหลาน สัมพันธภาพกับบิดา มารดา และบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว รวมทั้งสัมพันธภาพกับเพื่อน การให้ความรัก ความไว้วางใจ การช่วยเหลือ สนับสนุน และการเป็นผู้นำที่ดี

3. กิจกรรมในสังคม หรือชุมชน ได้แก่ กิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือ หรือส่งเสริมบุคคลอื่น ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัคร สมาชิกขององค์กรต่างๆ กิจกรรมในท้องถิ่น และหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในทาง การเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน ได้แก่ การเรียนรู้ การได้รับความรู้และความสามารถทางสมอง การมีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีอาชีพ รู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน การแสดงความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และจินตนาการ

5. การมีสันตินาการ ได้แก่ การได้ร่วมงานสนุกสนานรื่นเริง การได้รับ สิ่งบันเทิง การเล่นกีฬา การท่องเที่ยวตามสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น

จากแบบวัดของ เฟลนาแกน ซึ่งถึงแม้จะใช้กับคนที่มีสุขภาพดี แต่ก็สามารถนำมาใช้กับประชากรที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ โดยนำมาดัดแปลงให้เหมาะสม ทั้งนี้เพราะ องค์ประกอบของแบบวัดนี้จะครอบคลุมสาระสำคัญ สามารถใช้ได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วยในทุกกลุ่มอายุ จึงอาจกล่าวได้ว่า สามารถนำแนวคิดของ เฟลนาแกน มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

ธรรมะกับสุขภาพจิต

ธรรมะคือความจริง ผู้ปฏิบัติตามธรรมะ คือผู้ปฏิบัติตามความจริง ย่อมได้รับความสันติสุข (นิโรธรังสี, 2530, หน้า 10) ดังนั้น การศึกษาธรรมะซึ่งเป็นคำสอนของพระพุทธเจ้า จึงเป็นการศึกษาความจริง พระพุทธองค์ทรงสั่งสอนให้รู้เท่าทัน และเข้าใจในโลกธาตุ (คือตัวของเรานี้เอง) ซึ่งประกอบด้วยกายและจิต “กายเป็นของที่มีตัวตน ส่วนจิตเป็นของไม่มีตัวตน” ถ้าไม่มีหลักให้จับยึดก็จะจับ “จิต” ได้ยาก จิตกับใจคงไม่ใช่อันเดียวกันแต่เป็นไวพจน์ของกันและกัน จิตถ้าพิจารณาตามสามัญสำนึกแล้ว จิต

สามารถทำให้นักให้คิด ให้ปรุงแต่งไปต่าง ๆ นานาสารพัด ส่วนใจนั้นในสามัญสำนักของคนทั่วไปหมายถึง จุดกึ่งกลาง เรียกว่าใจกลางแม่แต่ใจคน เมื่อพูดถึงหัวใจแล้วทุกคนก็จะชี้เข้าที่กลางหน้าอก ความจริงที่นั่นไม่ใช่ใจแท้ แต่เป็น “ททัยวัตถุ” เป็นเครื่องสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายเท่านั้น ใจแท้ไม่มีตัวตน อยู่ได้ทั่วไปในร่างกาย เราจะเอาไปไว้ที่ไหนก็ได้ เช่นเอาไปไว้ที่ปลายเท้าก็จะปรากฏความรู้สึกที่ปลายเท้า ไว้ที่บนศีรษะหรือที่ตำแหน่งใด ก็จะมีความรู้สึกในที่นั้น ๆ ฉะนั้นธรรมชาติของใจแท้จึงหมายถึง “ผู้รู้” อย่างเดียว หรืออาจจะเรียกว่า “ธาตุรู้” ก็ได้

การปฏิบัติธรรมในความหมายทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติกรรมฐาน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า การเจริญภาวนา ซึ่งหมายถึง การฝึกอบรมจิตที่ตั้งแห่งงานทำความเพียรฝึกอบรมจิต แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ (ชินวุธ สุนทรสิมะ, 2535, หน้า 51-52)

1. สมถภาวนา หรือสมถกรรมฐาน หมายถึง การฝึกสมาธิหรือการทำจิตให้สงบจากกิเลส

2. วิปัสสนาภาวนา หรือวิปัสสนากรรมฐาน หมายถึง การเจริญปัญญาให้รู้แจ้งตามความเป็นจริง

สมถภาวนาหรือสมาธิ คือการเอาจิตหรือสติ คือ ความระลึกไปไว้กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การที่จิตรวมตัวอยู่ที่ใดที่หนึ่งนั้น กล่าวในทางวิทยาศาสตร์จะเป็นการพักจิต และเป็นการฝึกจิตไม่ให้วุ่นวาย จิตที่รวมเป็นหนึ่งนั้น จะทำให้เกิดความสงบแห่งจิต และมีพลังของจิตด้วย อย่างน้อยที่สุดจะมีพลังในการคิดพิจารณาในเรื่องใด ๆ อย่างแหลมคม

วิปัสสนาภาวนา คือ การเจริญปัญญาด้วยการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ นามรูป หรือสังขารทั้งหลาย ในการพิจารณานั้นต้องใช้สติและสัมปชัญญะ และความแหลมคมของการพิจารณา ฉะนั้นจึงต้องใช้การรวมตัวของจิตในการพิจารณา

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติธรรมที่แท้จริง ก็คือการมีสติระลึกและพิจารณาให้เห็นสภาพธรรมะต่าง ๆ ที่ปรากฏในปัจจุบันว่า ไม่ใช่สัตว์ ไม่ใช่บุคคล ไม่ใช่ตัวตน เป็นเพียงรูปและนามเท่านั้น การมีสติระลึก และการอบรมปัญญาในลักษณะนี้ เป็นเรื่องที่ทำได้ตลอดเวลาในชีวิตประจำวัน

คำว่าสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของจิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากที่สุดในมนุษย์ การสร้างหลักให้แก่จิตวิธีการหนึ่งก็คือ การฝึกสมาธิภาวนา เพราะจิตเป็นของที่ต้องฝึกโดยแท้ กิเลสต่าง ๆ เกิดจากจิตทั้งนั้น ผู้ต้องการชำระกิเลส (เครื่องเศร้าหมอง) ของตน จะต้องชำระที่จิตของตน ส่วนใจไม่ต้องชำระก็ได้ เพราะเมื่อชำระจิตแล้วใจก็จะสะอาดขึ้นทันที เพราะจิตกับใจอยู่ด้วยกัน จะต่างกันแต่

อาการเท่านั้น จิตเป็นผู้มีอาการต่างๆ หลายอย่าง เมื่อจิตหยุดแล้วไม่มีอาการก็จะทำให้ใจสะอาดขึ้นมา ดังคำพระพุทธเจ้าตรัสว่า “จิตอันใด ใจก็อันนั้น” (นิโรธรังสี, 2530, หน้า 30)

จากแนวคิด และแนวปฏิบัติด้านธรรมะดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว โดยใช้วิถีสมาธิภาวนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิต ทำให้จิตใจสงบ จิตที่นุ่มไปสู่ความสงบแล้วเกิดภวังค์นั้น คือจิตที่เป็นญาณ เมื่อเป็นญาณแล้วจะมีความสุขยิ่งนัก เกิดพลังที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นการพัฒนาจิตที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น

การช่วยเหลือของทางราชการและชุมชนในผู้ป่วยโรคเอดส์

การรักษาและการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย แนวคิดการรักษาและแก้ปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น มีชัย วีระไวทยะ กล่าวว่า ความมาจากความร่วมมือของ 4 ฝ่ายด้วยกัน ได้แก่ ฝ่ายรัฐบาล เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และชุมชน ส่วนแนวทางปฏิบัติในปัจจุบันของประเทศไทยได้ยึดหลักปฏิบัติที่สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ขององค์การอนามัยโลก และคล้ายกับแนวคิดของ มีชัย วีระไวทยะ คือ

ในส่วนที่ 1 ได้แก่ โรงพยาบาลหรือสถานบริการ ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการโดยรัฐ เอกชน หรือองค์กรเอกชน เช่น โครงการธรรมรักษานิเวศ โครงการพันธกิจ และโครงการบ้านธารชีวิต ฯลฯ เป็นต้น กิจกรรมที่ดำเนินการอาจจะประกอบด้วย การบริการตรวจรักษา ให้ยา AZT หรือยาอื่นร่วมตามอาการ ในลักษณะผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในการให้คำปรึกษา การใช้ยาสมุนไพร การรักษาโดยการทำสมาธิร่วมกับการให้ยา ตลอดจนการเยี่ยมบ้าน

สำหรับส่วนที่ 2 ได้แก่ บ้านและชุมชน หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาทุเลาลงแล้วก็ได้กลับบ้าน ดังนั้นบ้านและชุมชนจึงมีบทบาทเป็นผู้ช่วยดูแลต่อระยะนี้ สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือที่บ้านอาจจะเป็น ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ พี่น้อง ภรรยาสามี บิดา มารดา หรือสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น อสม. หรืออาสาสมัครขององค์กรเอกชน เช่น พระหรือศาสนาจารย์ที่มีอยู่ในชุมชนที่สมัครใจให้ความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังมีชมรมต่างๆ ที่ตั้งขึ้นด้วยความสมัครใจ เช่น ชมรมต้านเอดส์ ชมรมแม่หม้ายเอดส์ ชมรมผู้ติดเชื้อ

เอดส์ และหมอพั้นบ้านที่สามารถช่วยเหลือได้ในชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการช่วยเหลือส่วนใหญ่ ได้แก่ การฝึกสมาธิเพื่อรักษาสุขภาพ การใช้ยาสมุนไพร ยาพื้นบ้านในการรักษาสุขภาพ การพบปะสังสรรค์แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ได้แก่ บ้านกึ่งวิถี บ้านกึ่งวิถีคือที่ของคนไม่มีญาติ พี่น้อง หรือมีแต่ญาติ พี่น้อง อยู่ในช่วงที่กำลังเตรียมความพร้อมให้ยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ดำเนินการอาจจะเป็นองค์กรเอกชน เน้นองค์การทางศาสนา หรือรัฐบาล (เท่าที่ปฏิบัติมายังพบว่า มีปัญหา) บริการในบ้านกึ่งวิถี แบ่งได้เป็น 3 หัวข้อใหญ่ๆ ได้แก่ การช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องอาหารและที่อยู่อาศัย นอกเหนือจากนั้นเป็นการดูแลและการให้คำปรึกษา กิจกรรม ได้แก่ การจัดเลี้ยงอาหาร ดูแลที่พัก อาศัย การให้การดูแล การให้คำปรึกษา และการอบรม เช่น การอบรมการดูแลสุขภาพตนเอง การฝึกอาชีพ เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ได้แก่ เครือข่ายการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นจุดสำคัญ แต่ยังไม่เห็นชัดเจน ผู้ดำเนินการเป็นองค์กรศาสนา วัด โบสถ์ (Church) สถาบันเอกชน องค์กรเอกชน รัฐบาล เช่น ประชาสงเคราะห์ แรงงาน ปกครอง เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ส่วนนี้ค่อนข้างจะกว้างและกระจัดกระจาย บริการที่ให้เป็นเรื่องของบริการเศรษฐกิจและสังคม การใช้คำปรึกษา เช่น การช่วยเหลือค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าเล่าเรียนบุตร การช่วยเหลือเมื่อถูกไล่ออกจากงาน การพิทักษ์สิทธิ การอบรมและการจัดหางานทดแทน การช่วยเหลือด้านจิตและวิญญาณ การช่วยเหลือเรื่องเด็กกำพร้า เป็นต้น

กิจกรรมการรักษาและการแก้ปัญหาโรคเอดส์ ที่กำลังดำเนินการเป็นรูปธรรมภายนอกโรงพยาบาลในปัจจุบัน ได้แก่ การทำหมู่บ้านต้นแบบในชุมชนที่บ้านดงหลวง ตำบลวังผาง อำเภอป่าซาง เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2535 จนถึงปัจจุบัน กิจกรรมเน้นการเตรียมชุมชนในเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ การยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ การช่วยเหลือดูแล การอบรมผู้ดูแลในชุมชน ผู้ให้คำปรึกษาในชุมชน โครงการนี้ดำเนินการโดยศูนย์กามโรคเขต 10 และได้รับการสนับสนุนจาก NCA (Norwegian Church Aids) มีการขยายขอบข่ายงานไปยังหมู่บ้านข้างเคียง ได้แก่ โครงการดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ มีการเตรียมชุมชนเช่นเดียวกับบ้านดงหลวง มีการเตรียมโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับแนวคิด มีการเสริมทีมอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจาก NCA เช่นเดียวกัน

รูปแบบและบทบาททางศาสนา ที่ชุมชนมีต่อการรักษาและแก้ปัญหาโรคเอดส์ ตัวอย่าง ได้แก่

1. โครงการบ้านธารชีวิต วัดดอยเก็ง บ้านปากกล้วย หมู่ที่ 8 ตำบลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เปิดดำเนินการเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2536 เริ่มต้นจากทุนของผู้ติดเชื้อ HIV อาศัยประกอบด้วยศาลาปฏิบัติกรรม มีเรือนพยาบาล มีโรงครัว มีเรือนพักผ่อน-ชาย บุคลากรได้จากอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่พยาบาลจากกองร้อย ดชด. ที่ 337 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนแม่สะเรียง และพระอาจารย์รัตน รัตนญาโน ต่อมาได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจาก NAPAC กิจกรรมเน้นการปฏิบัติธรรม อบรมจิตทำสมาธิ มีการช่วยเหลือดูแลให้การพยาบาล ถ้าเป็นอาการระยะสุดท้ายอาจจะมีการให้ยา หรือให้น้ำเกลือควบคู่ไปกับการรักษาทางสมาธิ (ในภาวะปกติจะไม่ให้ยาโดยเด็ดขาด) มีการเล่นกีฬาในกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถออกกำลังกายได้ แนวคิดในการบำบัดรักษา หัวหน้าโครงการคือ พระอาจารย์รัตน รัตนญาโน มีความเชื่อว่า”จิตเป็นพลังงานชนิดหนึ่ง ที่มีอำนาจมากต่อร่างกาย เพราะมีธาตุรู้มากที่สุดคือใจ ใจประกอบด้วยมโนธาตุเป็นธาตุรู้ เมื่อความเจ็บป่วยที่เปรียบเสมือนหนึ่งเป็นแสงเข้ามาสะสมในใจ ทำให้ใจห่อเหี่ยวไม่ดีเท่าที่ควร จึงมีความรู้สึกว่าร่างกายอ่อนกำลัง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกระตุ้นตัวใจก่อนคือ นับเลข เอาความรู้สึกไปทาบที่ใจนับ หนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า ... ทำไปเรื่อย ๆ นับหนึ่งถึงร้อยวนมาใหม่ จนกระทั่งตัว หรือร่างกายเกิดความร้อน ก็จะทำให้เกิดสบายขึ้น” (รัตน รัตนญาโน บรรยาย, กรกฎาคม 2537)

2. โครงการพันธกิจเอดส์แห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย สำนักงานตั้งอยู่ที่เชียงใหม่คริสเตียนคลินิก ซึ่งเวลาทำงานจะใช้สถานที่ตามบ้าน ชุมชน โบสถ์ หรือวัด วัตถุประสงค์ของการให้บริการ คือ

2.1 ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่จะแสวงหาข้อมูลหรือความรู้ ให้เข้าใจและได้รับข่าวสารข้อมูลอย่างถูกต้อง เพื่อการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับทัศนคติให้เข้าใจโรคเอดส์ในเชิงบวก ให้มีความหวังมีความหมายในชีวิต สามารถปรับแผนดำเนินชีวิตใหม่ ให้รู้จักคุณค่าชีวิตที่มีอยู่

2.2 ส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของครอบครัว ให้ครอบครัวปรับทัศนคติเชิงบวกที่จะยอมรับเข้าใจผู้ติดเชื้อ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ มีทัศนคติที่ดีสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้อย่างมีความสุข ส่วนรูปแบบของบริการเน้นการทำงานเป็นทีม มีการวางแผนประจำวัน มีการประเมินผลร่วมกันทุกวัน บุคลากรเป็นอาสาสมัครและผู้ติดเชื้อเอดส์ หัวหน้าโครงการคือ ศาสนาจารย์สนั่น วุฒิ กิจกรรมที่

ดำเนินการอยู่ ได้แก่ การเฝ้าติดตามอาการ โดยการเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาชี้แนะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยกเว้นกรณีที่มีปัญหามาก โดยจะนัดแพทย์เป็นครั้งคราว มีการประสานกับโรงพยาบาลและศูนย์ เพื่อแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

3. โครงการธรรมรักษานิเวศน์ (HOSPICE) บ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยวิธีทางพุทธในประเทศไทย โครงการธรรมรักษานิเวศน์ตั้งอยู่ที่ วัดพระบาทน้ำพุ ตำบลเขาสามยอต อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยมีพระอลงกต ดิกขปัญโญ เจ้าอาวาสวัดพระบาทน้ำพุ เป็นผู้อำนวยการโครงการ และเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนกันยายน 2535 เป็นต้นมา

วัตถุประสงค์ทั่วไปของโครงการธรรมรักษานิเวศน์

1. เพื่อฟื้นฟูบทบาทของ พระพุทธศาสนา ในการแก้ปัญหาวิกฤตในสังคมไทยปัจจุบัน
2. เพื่อให้พุทธศาสนิกชนได้ร่วมกันแสดงความเมตตา และมนุษยธรรมต่อผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน
3. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ของสังคมที่มีคุณธรรม ประยุกต์หลักคำสอนของพุทธศาสนาสู่การปฏิบัติ ให้เป็นไปอย่างในสังคมไทย
4. เพื่อสร้างจิตสำนึกของสังคมโดยรวม ให้เกิดเจตคติที่ดีงามต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ และตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยที่กำลังจะเสียชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. จัดบ้านพักและให้การดูแลขั้นพื้นฐานทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. พัฒนารูปแบบการดูแลตนเอง และพึ่งตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
3. เป็นสถานที่ฝึกอบรมและให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์ต่อสังคม รวมทั้งการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
4. ก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันเสียสละของคนในชุมชนต่อการมีส่วนร่วม

โครงการธรรมรักษานิเวศน์ มีรูปแบบและการดำเนินงาน ดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. การจัดสร้างบ้านพักสำหรับผู้ป่วยและญาติ
3. การอบรมเผยแพร่และประชาสัมพันธ์
4. การบริหารจัดการโครงการ

5. อื่น ๆ

การดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดำเนินงานโดย พระสงฆ์ แพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครร่วมกันให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิต วิญญาณ และ สังคม บนพื้นฐานของความเมตตา และมนุษยธรรม ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือ และ ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้คอย ให้สติ และความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตั้งงามแก่ร่างกาย เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิต วิญญาณ ก่อนที่เขาสิ้นลมหายใจ

การจัดสร้างบ้านพักสำหรับผู้ป่วยและญาติ โดยโครงการธรรมรักษานิเวศน์ ได้สร้างที่พักให้ผู้ป่วยและญาติ อย่างเป็นทางการเป็นสัดส่วนเหมาะสม เหมือนบ้าน ญาติ พี่ น้อง และเพื่อน ๆ ของผู้ป่วย ตลอดจนบุคคลต่าง ๆ จากภายนอกสามารถเข้าเยี่ยมได้ทุกวัน นอกจากนี้ยังจัดอาหาร เครื่องนุ่งห่ม และเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยมีบ้านพักผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องดูแลอย่างใกล้ชิด 20 เตียง บ้านพักผู้ป่วยระยะ แสดงอาการ 66 ยูนิต บ้านพักผู้ป่วยระยะแสดงอาการ 40 ยูนิต

การอบรมเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ โดยใช้สถานที่เป็นที่ฝึกอบรม และ ให้การศึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่ผู้มาศึกษาดูงาน ภายในโครงการธรรมรักษานิเวศน์ รวมทั้ง ได้เผยแพร่และอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในสถาน บริการทั้งของภาครัฐและเอกชน ตลอดจนร่วมสัมมนาและประชาสัมพันธ์โครงการธรรม รักษานิเวศน์แก่องค์กรต่าง ๆ ที่ติดต่อมา

กิจกรรมอื่น ๆ ที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1. โครงการธรรมภิบาล (day care) สำหรับผู้ป่วยระยะที่เริ่มแสดง อาการแล้ว โดยกำหนดรับผู้ป่วยได้ประมาณ 50 คน
2. โครงการบ้านธรรมธारा (home care) ให้การดูแลผู้ที่ติดเชื้อ และ ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวตามชุมชน โดยมี แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร และพระสงฆ์ ร่วมกันออกเยี่ยมและช่วยเหลือผู้ป่วยตามชุมชนต่าง ๆ
3. โครงการบ้านธรรมนิเวศน์ (community care) เป็นโครงการที่สร้าง ความรู้ ความเข้าใจ แก่คนในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง โดยการสร้างอาคาร 2 ชั้น ประกอบด้วยห้องประชุมที่สามารถรับรองได้ 400 คน และมี ห้องแสดงนิทรรศการ

616.949

๗5475

๗๑

4. โครงการดูแลเขาแสงตะวัน (living home care) เป็นโครงการให้ที่พักรักษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ต้องการความสงบเงียบตามธรรมชาติ โดยการสร้างกระท่อมบนหลังเขา และมีพระเป็นผู้ดูแล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์ และคณะ (2534) ทำการวิจัยกรณีศึกษาแบบแผนจิตสังคมชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์ลึก อัดเทป และบันทึกความทรงจำ ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า จิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอดส์มี 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มแรกเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกลียดตนเอง รู้สึกโชคร้าย เป็นการถูกลดโทษ และรับประทานอาหารไม่อร่อย ระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะแสวงหาข้อมูล ความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูล และบุคลากรสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ อาการ และความรุนแรงของโรค ระยะที่ 3 เป็นระยะปรับตัว เลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่ตนต้องการ ผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ถูกต้องก็จะทำร้ายตนเอง หรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง ด้านสังคมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจจากพี่น้อง พ่อแม่ ผู้ร่วมงาน แม้แต่บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสภาพที่ด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตนเองรู้สึกหมดโอกาสในความเป็นภรรยาสามี บิดา มารดาที่ดี ส่วนด้านการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่า มีจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการของโรค ส่งเสริมความแข็งแรงของสุขภาพ ลดความกังวล ป้องกันการแพร่เชื้อและเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง

มัลลิกา ตั้งเจริญ และแจ่มจิต เทพนามวงศ์ (2537) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ โดยทำการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 80 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ในด้านความสัมพันธ์ พบว่า สถานภาพสมรสเพียงตัวเดียวที่มีสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ส่วนอายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา การให้คำปรึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ เพศ ระยะเวลาในการศึกษา สถานภาพสมรส การให้คำปรึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

เมื่อนำตัวแปรเหล่านี้เข้าสมการพหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่เมื่อนำไปเข้าสมการพหุคูณถดถอยแบบขั้นตอน เพื่อการทำนายคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีเพียงสถานภาพสมรสที่สามารถทำนาย คุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 5 ($F_{(1,78)}=5.24, p<.05$)

แก่น้อย ช่างวาริ (2537) ทำการศึกษาสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนราชนราทร นนทบุรี และโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ จำนวน 66 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์พบว่า สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับ 4 ลำดับแรก คือ อาการไข้ ความอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร ขณะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บปวดมีความรุนแรงมากที่สุด ส่วนสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับ คือ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะของร่างกาย และการที่ต้องระมัดระวังต่อการมีเพศสัมพันธ์ เป็นสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมที่รุนแรงที่สุด ด้านความเครียดที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยเป็นความผิดของตนเอง ส่วนการเผชิญความเครียดที่ผู้ป่วยเอดส์ใช้บ่อยที่สุดคือ การพยายามที่จะดูแลตนเองให้สภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้น และการพยายามคิดว่าตนเองไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี

วัฒนา โยธาใหญ่ (2538) ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงอาชีพพิเศษหลังจากทราบผลการติดเชื้อ HIV ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาแล้ว จำนวน 59 ราย จากศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 10 เชียงใหม่ เป็นระยะเวลา 17 เดือน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม พบว่า ระยะแรกที่รับรู้ผลการตรวจเลือดทุกคนจะเสียใจกลัวสภาพการเจ็บป่วย กลัวเสียชีวิต ส่วนมากไม่ได้วางแผนชีวิตในอนาคต ทุกคนไม่ชอบอาชีพนี้ แต่เพราะมีรายได้มากจึงไม่มีความคิดที่จะเลิกอาชีพหรือเปลี่ยนอาชีพ มีศักยภาพในตนเองต่ำ การศึกษาต่ำ ความมั่นคงทางจิตใจขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มาขายบริการทางเพศ และประเภทของสถานบริการ ทัศนคติที่มีต่อตนเองและต่อสังคม ไม่ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ขาดการแสวงหาความรู้ความเข้าใจที่ทันต่อเหตุการณ์ ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เกรงคนใกล้ชิดจะรังเกียจ ต้องถูกไล่ออกจากงาน กลัวพ่อแม่จะเสียใจ มีพื้นฐานในการประกอบอาชีพไม่มั่นคง ไม่มีโอกาสได้รับสวัสดิการจากเจ้าของสถานบริการ การรับประทานอาหารเลือกรับประทานตามที่ตนเองชอบ ไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ขาดความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ ละเลยการใช้ถุงยางอนามัย ใส่ไม่ถูกวิธีหรือใช้แต่ไม่สม่ำเสมอ

การมาตรวจสุขภาพที่ศูนย์ฯ ต่ำกว่าแผนงานควบคุมการโรคที่กำหนดไว้ แต่จากการสัมภาษณ์พบว่า มีคลินิกเอกชน เข้าไปบริการตรวจรักษาในสถานที่ทำงานทุกเดือน เพราะไม่กล้าออกจากที่พักแล้วตำรวจจับ และบางแห่งถูกกักกัน หญิงอาชีพพิเศษแฝงมีการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ส่วนหญิงอาชีพพิเศษตรง ไม่มีการสูบบุหรี่ และดื่มเหล้า แต่ทุกคนไม่มีการออกกำลังกาย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรบางประการ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว และดำเนินการทดลองโดยใช้โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว แล้วทดสอบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก คือ จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา รวม 3 จังหวัด ระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2538
2. ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก คือ จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา รวม 3 จังหวัด ระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2538

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการตรวจเลือด พบเชื้อโรคเอดส์และได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของทางราชการ อีกทั้งเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 45 คน
2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 28 คน

3. ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน จำนวน 33 คน
4. หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูล และ
โครงการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นต้น (กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดความรู้สึกนึกคิด
3. แบบวัดอัตมโนทัศน์
4. แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว
5. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ชุดที่ 2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นต้น (กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วย) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว
3. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ชุดที่ 3 “โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว” ประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาเป็นระยะ ๆ จากหน่วยงานของทางราชการ
2. การให้บริการรักษาตามอาการ จากหน่วยงานของทางราชการ

อย่างสม่ำเสมอ

3. การศึกษาธรรมะจากหนังสือธรรมะ 1 ชุด รวมหนังสือ 3 เล่ม
คือ หนังสือ “หินลับปัญญา” “รู้-เห็นเป็นขั้นในใจ” และ “คู่มือการปฏิบัติธรรม”

4. เทปเสียง 1 ชุด 3 ม้วน คือ เทปธรรมะ “ชี้ทางธรรมและการฝึก
ปฏิบัตินั่งสมาธิ” 1 ชุด (2 ม้วน) และเทปบรรยาย “วิกฤต...สุดท้าย ร.พ.ศิริราช”

5. แนวทางการประชุมกลุ่มย่อย

ชุดที่ 4 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นที่ 2 (กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

3. แนวทางในการสัมภาษณ์ลึกเกี่ยวกับ ความต้องการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและทางราชการ

ชุดที่ 5 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นที่ 2 (กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วย) ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
2. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
3. แนวทางในการสัมภาษณ์ลึกเกี่ยวกับ ความต้องการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและทางราชการ

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ลึกสำหรับผู้มาชุมชน และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ

เครื่องมือทั้ง 6 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นต้น (กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์)

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนสมาชิกที่ให้ความช่วยเหลือ สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน

2. แบบวัดความรู้สึกนึกคิด (Mood Assessment Scale) ซึ่งสร้างโดย ไทสัน และพงษ์เรืองพันธุ์ (Tyson & Pongruengphat, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ ข้อความที่ใช้วัดประกอบด้วย ข้อความทางบวก 6 ข้อ คือ ข้อ 3, 6, 8, 10, 15 และ 17 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 11 ข้อ

3. แบบวัดอัตมโนทัศน์ แบบวัดนี้ได้ใช้เครื่องมือตามแนวคิดของ ไตรฟีเวอร์ (Driever, 1976, p. 172) จำนวน 19 ข้อ ข้อความที่ใช้วัดมีความหมายทางลบจำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 8, 16, 18 และ 19 สำหรับข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 13 ข้อ แบบวัดอัตมโนทัศน์แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านส่วนตัว ซึ่งได้แก่ ศีลธรรมจรรยา ความสม่ำเสมอในตนเอง ความคาดหวัง และการยอมรับในคุณค่าของตนเอง

4. แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางด้านบวกทั้งหมด แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการตอบสนองการยอมรับยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือเงินทองสิ่งของแรงงาน

5. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือตามแนวคิดเรื่องความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของ เฟลนาแกน (Flanagan, 1978, p. 139) แบบวัดชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อความที่ใช้ในการวัดประกอบด้วย ข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 5, 8, 10, 17 และ 20 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวกจำนวน 13 ข้อ แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตนี้แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ด้านการพัฒนาตนเอง ตลอดจนความสมหวังในการทำงาน และด้านการมีสันติภาพ ด้านละ 4 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นต้น (กลุ่มครอบครัวของผู้ป่วย)

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นรวมทั้งสิ้น 12 ข้อ เป็นข้อความทางด้านลบ 2 ข้อ คือ ข้อ 2 และข้อ 4 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 10 ข้อ

3. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นรวม 11 ข้อ เป็นข้อความทางด้านบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7 และ 11 ส่วนข้อที่เหลือเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 6 ข้อ

สำหรับข้อคำถามในแบบวัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิด แบบวัดอัตมโนทัศน์ แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว และแบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของทั้งผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) โดยกำหนดให้ค่าแต่ละค่ามีความหมายดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 0 | หมายถึง | ไม่เป็นจริงเลย เป็นข้อความที่ไม่ตรงกับความจริง ของผู้ตอบเลย |
| 1 | หมายถึง | เป็นจริงเล็กน้อย เป็นข้อความที่ผู้ตอบคิดว่า ข้อความในประโยคนั้นพอจะตรงกับสภาพความเป็นจริงอยู่บ้าง |
| 2 | หมายถึง | เป็นจริงปานกลาง เป็นข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเพียงครึ่งหนึ่ง |
| 3 | หมายถึง | เป็นจริงมาก เป็นข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงเป็นส่วนมาก |

4 หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด เป็นข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

เกณฑ์ในการพิจารณาระดับของแบบวัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิด แบบวัดอัตมโนทัศน์ แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว และแบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว มีดังนี้

คะแนน 3.51-4.00 อยู่ในระดับเป็นจริงมากที่สุด

คะแนน 2.51-3.50 อยู่ในระดับเป็นจริงมาก

คะแนน 1.51-2.50 อยู่ในระดับเป็นจริงปานกลาง

คะแนน 0.51-1.50 อยู่ในระดับเป็นจริงเล็กน้อย

คะแนน 0.00-0.50 อยู่ในระดับไม่เป็นจริงเลย

ชุดที่ 3 “โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว” ประกอบด้วย

1. การให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ จากหน่วยงานของทางราชการ โดยทั้งผู้ป่วยและครอบครัวจะมารับการให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ หรือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตามปกติจะให้คำปรึกษาเดือนละครั้ง

2. การให้บริการรักษาตามอาการ จากหน่วยงานของทางราชการอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจะมารับยาเป็นประจำทุกเดือน

3. การศึกษาธรรมะจากหนังสือธรรมะ 1 ชุด รวมหนังสือ 3 เล่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

เล่มที่ 1 “หินลับปัญญา” เป็นหนังสือธรรมะขนาดปกเก็ตบุค 68 หน้า รวมเนื้อหาสาระสำคัญไว้ 2 เรื่องคือ หินลับปัญญา และทางสองแพร่ง ในส่วนของหินลับปัญญานั้นมีสาระสำคัญคือ ให้ทุกคนฝึกหัดใจโดยนำสิ่งที่ปรากฏในชีวิตประจำวันตามธรรมชาติมาสอนตนเอง มองเห็นสรรพสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง เพื่อให้ใจเยือกเย็นกว้างขวางขึ้น ส่วนเรื่องทางสองแพร่งมีเนื้อหาสาระโดยย่อว่า ชีวิตของเราอยู่บนทางสองแพร่งทุกขณะจิต คือเป็นทั้งคิดชอบและคิดไม่ชอบ ดังนั้น ให้ทำใจของเราให้รู้เห็นเพิ่มขึ้น ใจของเราก็จะพบความสงบเยือกเย็น

เล่มที่ 2 “รู้-เห็นเป็นขึ้นในใจ” เป็นหนังสือธรรมะขนาดปกเก็ตบุค 40 หน้า สรุปได้ว่า จิตนั้นสามารถรู้ได้ด้วยตนเอง ถ้ามันฝึกฝนภาวนารักษาสติให้อยู่กับปัจจุบันให้มากที่สุด ทุกสิ่งที่รู้เห็นเป็นขึ้นในใจนั้น ย่อมพาให้ชีวิตดำเนินไปอยู่บนมรรค จิตใจสงบ มีสติ มีปัญญา พาไปสู่ความสิ้นทุกข์ มีตนเป็นที่พึ่งแห่งตน

เล่มที่ 3 “คู่มือการปฏิบัติธรรม” เป็นหนังสือธรรมะขนาด 30 หน้า มีเนื้อหาสาระโดยย่อว่า วิธีการฝึกสมาธิเป็นวิธีการทำจิตให้สงบ เข้าใจธรรมะเกี่ยวกับความไม่เที่ยง ความเป็นทุกข์ ความไม่ใช่ตัวเราหรือของเรา การฝึกจิตให้สงบด้วยสมาธิเป็นการเรียกปัญญาหรือความฉลาดของจิต ซึ่งแนวทางนี้เรียกว่า “การปฏิบัติธรรมเพื่อความหลุดพ้น”

4. เทปเสียง ประกอบด้วยเทป 3 ม้วน

เทปธรรมะ “สี่ทางธรรมและการฝึกปฏิบัตินั่งสมาธิ” 1 ชุด (2 ม้วน) เป็นแนวทางการฝึกปฏิบัตินั่งสมาธิ ความยาว 120 นาที บรรยายโดย พระครูโสภิตสุตคุณ

เทปบรรยาย “วิกฤต...สุดท้าย ร.พ.ศิริราช” ความยาว 90 นาที บรรยายโดย แพทย์หญิงอมรา มลิลลา ณ โรงพยาบาลศิริราช เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2537 เนื้อหาสาระสำคัญคือ แนวทางสำคัญในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย คือ ต้องทำจิตให้สงบ แต่ในทางปฏิบัติเป็นไปได้ยาก เพราะจิตในสำนักอาจทำได้แต่จิตได้สำนักทำได้ยาก เพราะเป็นความว้าวุ่นเปรียบเสมือนคลื่นในทะเล ดังนั้นญาติหรือผู้ดูแลจะต้องมีเมตตา ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความจริงใจ คิดถึงจิตเขาจิตเรา หาอุบายให้ผู้ป่วยเพื่อสร้างศรัทธาและเกิดความเชื่อ ซึ่งเป็นหนทางสำคัญที่จะช่วยลดความว้าวุ่นของผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดความร่วมมือและความสุข

5. แนวทางการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ประสบอยู่ โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม 6 ประเด็น ใช้เวลาในการประชุมกลุ่ม 1 1/2 ชั่วโมง ประเด็นสำคัญมีดังนี้

- ปัญหาสุขภาพอนามัย
- ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
- ปัญหาครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว
- ปัญหาด้านจิตใจ ความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ
- ความฝันอันสูงสุด
- ความต้องการให้สังคมและราชการสนับสนุนช่วยเหลือ

ชุดที่ 4-5 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลชั้นที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ และกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ใช้คำถามเช่นเดียวกับชั้นที่ 1
 2. แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ใช้คำถามเช่นเดียวกับชั้นที่ 1
 3. แนวทางในการสัมภาษณ์ลึก เกี่ยวกับความต้องการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนจากสังคมและทางราชการ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก)
- ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์ลึกสำหรับผู้นำชุมชน และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ลึกเกี่ยวกับ การให้ความช่วยเหลือสนับสนุนของสังคมและทางราชการแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

คุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

การหาความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดซึ่งได้ปรับปรุงแล้ว นำไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านจิตวิทยา หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

การหาความเที่ยง (Reliability)

การหาความเที่ยงของแบบวัดได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of alpha (α)) (Cronbach, 1990, p. 202) ผลการวิเคราะห์เป็นดังนี้

ตาราง 1 ค่าความเที่ยงของแบบเก็บรวบรวมข้อมูลชนิดต่างๆ

แบบเก็บรวบรวมข้อมูล	ค่าความเที่ยง (α)
แบบวัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิด	.80
แบบวัดอัตมโนทัศน์	.73
แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว สำหรับผู้ป่วย	.91
แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สำหรับผู้ป่วย	.63
แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว สำหรับครอบครัว	.71
แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต สำหรับครอบครัว	.60

ซึ่งแบบเก็บรวบรวมข้อมูลทุกชนิด มีค่าความเที่ยงสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลบางปะกง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์และแนวตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้
2. พบหัวหน้าแผนกเวชกรรมสังคม หรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ขอรายชื่อและศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และบันทึกรายชื่อไว้
4. ขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสัมภาษณ์และให้สัมภาษณ์ให้ผู้ป่วยเข้าใจ
5. ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยที่พัฒนาจนสมบูรณ์แล้ว
6. นำข้อมูลชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ไปวิเคราะห์
7. มอบชุดส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว (ข้อมูลชุดที่ 3) ให้ไปศึกษา
8. ส่งจดหมายเชิญนัดประชุมกลุ่มย่อย
9. เก็บข้อมูลหลังจากดำเนินการตาม ข้อ 7 และ ข้อ 8 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตครั้งที่ 2
10. สัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อหารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว กับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ และผู้นำชุมชนในท้องถิ่น และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ
11. นำข้อมูลชุดที่ 4,5 และ 6 ไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานภาพส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
3. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตการสนับสนุนของครอบครัวและญาติ
4. หากกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ
5. หากกลุ่มตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ
6. เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวก่อนและหลังเข้าโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วย โดยการวิเคราะห์ค่าที (t-test)
7. แจกแจงและสรุปประเด็นสำคัญจากการประชุมกลุ่มย่อย และสัมภาษณ์ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยได้เสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การศึกษา ความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการสนับสนุนของครอบครัว และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภูมิหลังของผู้ป่วย ความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิต

ตอนที่ 6 ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อเสนอแนะจากชุมชน เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการ

ตอนที่ 7 รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

เพื่อความสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ทางสถิติเพื่อนำเสนอในตารางดังต่อไปนี้

\bar{X}	หมายถึง ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	หมายถึง ค่า t ที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม
F	หมายถึง ค่า F ที่ใช้ทดสอบนัยสำคัญของค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่ม
p	หมายถึง ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ

- r หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
- R หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
- R^2 หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอย (พยากรณ์)
- SE b หมายถึง ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ของสัมประสิทธิ์การพยากรณ์
- b หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
- β (Beta) หมายถึง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
- a หมายถึง ค่าคงที่ (intercept) ของสมการพยากรณ์

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ก่อนดำเนินโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพจิต**

ตอนที่ 1 สถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์สถานภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนสมาชิกที่ให้ความช่วยเหลือ สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน และสถานที่พัก ซึ่งมีรายละเอียดดังแสดงในตาราง 2-3 สำหรับสถานภาพของครอบครัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสถานที่พัก ได้แสดงไว้ในตาราง 4-5

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล (n=45)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	35	77.8
- หญิง	10	22.2
2. อายุ		
- 20-24 ปี	9	20.0
- 25-29 ปี	18	40.0
- 30-34 ปี	13	28.9
- 35-39 ปี	5	11.1
3. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	26	57.8
- มัธยมศึกษา	19	42.2
4. สถานภาพสมรส		
- โสด	11	24.4
- คู่	32	71.1
- หม้าย	2	4.4

ตาราง 2 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. รายได้ต่อเดือน		
- ไม่เกิน 3,000 บาท	29	64.3
- 3,001-6,000 บาท	9	19.9
- 6,001-10,000 บาท	3	6.6
- ไม่ตอบ	4	8.9
6. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ		
- ไม่มีเลย	4	8.9
- 1 คน	11	24.4
- 2 คน	9	20.0
- 3 คน	13	28.9
- 4 คนขึ้นไป	8	19.9
7. สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน		
- ไม่มีเลย	3	6.7
- สถานีอนามัย	5	11.1
- โรงพยาบาลชุมชน	4	8.9
- โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์	15	33.3
- อยู่ใกล้ทั้งสถานอนามัย และ/หรือโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือโรงพยาบาลทั่วไป และ/หรือโรงพยาบาล เอกชน และ/หรือร้านขายยา	18	40.0
8. สถานที่พักอยู่ในจังหวัด		
- ชลบุรี	24	53.3
- ระยอง	15	33.3
- ฉะเชิงเทรา	6	13.3

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 77.8) อายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 40.0) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.8) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.1) รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 64.3) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ 3 คน (ร้อยละ 28.9) มีบ้านอยู่ใกล้สถานีนามัย และ/หรือ ชุมชน (ร้อยละ 40.0) และอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี (ร้อยละ 53.3)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์

สถานภาพส่วนตัว	\bar{X}	S.D.	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
1. อายุ (ปี)	28.89	4.64	39	20
2. รายได้ต่อเดือน (บาท)	2,985.37	2,179.28	10,000	0

จากตาราง 3 พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีอายุเฉลี่ย 28.89 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 20 ปี และสูงสุด 39 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพียง 2,985.37 บาท ซึ่งรายได้ต่ำที่สุดคือไม่มีรายได้เป็นของตนเอง และผู้ป่วยที่มีรายได้นั้นมีรายได้สูงสุดต่อเดือนถึง 10,000 บาท

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล (n=28)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	4	14.3
- หญิง	24	85.7
2. การศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	1	3.6
- ประถมศึกษา	22	78.6
- มัธยมศึกษา	5	17.9
3. สถานภาพสมรส		
- คู่	27	96.4
- หม้าย	1	3.6
4. อายุ		
- 20-24 ปี	7	25.0
- 25-29 ปี	8	28.6
- 30-34 ปี	5	17.9
- 35-39 ปี	3	10.7
- 40 ปีขึ้นไป	5	17.9
5. รายได้ต่อเดือน		
- ไม่เกิน 3,000 บาท	21	75.0
- 3,001-6,000 บาท	4	14.3
- 6,001-10,000 บาท	2	7.1
- 10,001-20,000 บาท	1	3.6
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
- ภรรยา	17	60.7
- สามี	5	17.9
- มารดา	5	17.9
- อื่น ๆ	1	3.6

ตาราง 4 (ต่อ)

สถานภาพส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. สถานที่พักอยู่ในจังหวัด		
- ชลบุรี	14	50.0
- ระยอง	11	39.3
- ฉะเชิงเทรา	3	10.7

จากตาราง 4 พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 85.7) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 96.4) อายุระหว่าง 25-29 ปี (ร้อยละ 28.6) รายได้ต่อเดือน 0-3,000 บาท (ร้อยละ 75.0) เป็นภรรยาผู้ป่วย (ร้อยละ 60.7) อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี (ร้อยละ 50.0)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ และรายได้ต่อเดือน ในกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์

สถานภาพส่วนตัว	\bar{X}	S.D.	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด
1. อายุ (ปี)	31.04	9.99	53	20
2. รายได้ต่อเดือน (บาท)	3,257.14	3,6787.61	20,000	0

จากตาราง 5 พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์มีอายุเฉลี่ย 31.04 ปี โดยมีอายุต่ำที่สุด 20 ปี สูงที่สุด 53 ปี มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 3,257.14 บาท ซึ่งรายได้ต่ำที่สุดคือไม่มีรายได้เลย และรายได้สูงสุดคือ 20,000 บาทต่อเดือน

ตอนที่ 2 การศึกษา ความรู้สึกนึกคิด อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของผู้ป่วย และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการสนับสนุนของครอบครัว และความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว

ในการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเสนอในรูปตาราง ดังมีรายละเอียดในตาราง 6-14

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามรายชื่อ (n=45)

อันดับที่	ข้อที่	ความรู้สึกนึกคิด	\bar{X}	S.D.	ระดับความหมาย
1	16.	ไม่มีความคิดเรื่องฆ่าตัวตาย หรืออยากตาย	3.36	0.88	มาก
2	4.	ไม่มีความรู้สึกไร้ความหมาย ไร้คุณค่า หรือขาดคนช่วยเหลือ	3.22	0.95	มาก
3	12.	ไม่ได้หลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อน, คนรัก, หรือครอบครัว	3.16	1.00	มาก
4	5.	ไม่รู้สึกเบื่ออาหาร หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเลย	3.02	1.01	มาก
5	1.	มีความสนใจหรือมีความสุขในกิจกรรมประจำวัน	2.96	0.93	มาก
6	7.	รู้สึกว่าทำอะไรบางอย่าง	2.96	1.28	มาก
7	2.	นอนหลับไม่ยาก หรือตื่นนอนไม่ลำบาก	2.80	1.22	มาก
8	14.	มีสมาธิ หรือความคิดที่แจ่มกระจ่าง	2.69	1.14	มาก
9	9.	ไม่รู้สึกหงุดหงิด, ผิดหวัง, หรือขาดความอดทน	2.62	0.94	มาก
10	13.	ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า หรือหมดแรง	2.62	1.11	มาก
11	3.	เห็นคุณค่าของเพื่อน, คนรัก, และครอบครัว	2.40	1.47	ปานกลาง
12	6.	ภาคภูมิใจที่มีชีวิตอยู่	2.36	1.40	ปานกลาง
13	8.	รู้สึกผ่อนคลาย, จิตใจสงบ, หรือพอใจในสิ่งที่มีอยู่	2.04	1.33	ปานกลาง
14	17.	มีความหวังในชีวิต และบุคคลทั่วไปมากขึ้น	1.91	1.36	ปานกลาง
15	11.	สนใจเรื่องเพศ หรือมีความต้องการทางเพศตามปกติ	1.78	1.24	ปานกลาง
16	10.	สนุกสนานกับชีวิตและบุคคลรอบข้าง	1.56	1.16	ปานกลาง
17	15.	รู้สึกว่าแข็งแรงหรือมีพลัง	1.47	1.22	เล็กน้อย
รวม			2.52	0.57	มาก

จากตาราง 6 พบว่า ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับ “มาก” ($\bar{X}=2.52$, S.D.=0.57) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 10 ข้อ ในระดับปานกลาง 6 ข้อ และในระดับเล็กน้อย 1 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความรู้สึกนึกคิดในเรื่อง “ไม่มีความคิดเรื่องฆ่าตัวตายหรืออยากตาย” ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่มีความรู้สึกนึกคิดเรื่อง “ความรู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง”

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอ้อมโนทัศน์ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=45)

อันดับที่	ด้านที่	อ้อมโนทัศน์	\bar{X}	S.D.	ระดับความหมาย
5	1.	ด้านร่างกาย	2.02	1.02	ปานกลาง
3	2.	ด้านศีลธรรมจรรยา	2.47	0.64	ปานกลาง
2	3.	ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง	2.52	0.56	มาก
1	4.	ด้านความคาดหวัง	2.70	0.73	มาก
4	5.	ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง	2.43	0.82	ปานกลาง
รวม			2.43	0.50	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า อ้อมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.43$, S.D.=0.50) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อ้อมโนทัศน์อยู่ในระดับมาก รวม 2 ด้าน และระดับปานกลาง 3 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านความคาดหวัง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านร่างกาย

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอ้อมโนทัศน์ ของผู้ป่วยโรคเอดส์
จำแนกรายข้อ (n=45)

อัน ดับที่	ข้อที่	อ้อมโนทัศน์	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
1	13.	การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมอาการ ของโรคได้	3.29	0.69	มาก
2	19.	ไม่เกลียดตัวเอง	2.96	1.19	มาก
3	15.	การเจ็บป่วยจะทำให้การดูแลตนเองดีขึ้น	2.91	1.16	มาก
4	5.	รู้สึกว่าเป็นคนดีคนหนึ่ง	2.80	0.94	มาก
5	10.	ต้องการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยส่วนตัวบางอย่าง เพื่อ ให้สอดคล้องกับการรักษา	2.80	1.22	มาก
6	11.	สามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพการณ์ ใดๆ	2.73	0.78	มาก
7	7.	การปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาเป็นประจำ	2.71	1.10	มาก
8	6.	ควรจะไปเข้าวัดมากกว่านี้	2.64	1.13	มาก
9	14.	หวังว่าอาการของโรคจะไม่รุนแรงขึ้นอีก	2.51	1.24	มาก
10	9.	แม้จะเป็นโรคเอดส์ก็สามารถทำงานได้เหมือนเดิม	2.36	1.37	ปานกลาง
11	1.	พอใจในรูปร่างลักษณะดังที่เป็นอยู่	2.33	1.28	ปานกลาง
12	17.	เป็นคนสำคัญของเพื่อน ๆ	2.27	1.03	ปานกลาง
13	3.	ยังมีร่างกายแข็งแรง	2.24	1.11	ปานกลาง
14	12.	การเจ็บป่วยไม่ได้ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม	2.18	1.30	ปานกลาง
15	16.	มีความคาดหวังในชีวิต	2.09	1.41	ปานกลาง
16	18.	ผู้อื่นไม่ได้เห็นว่าความสามารถน้อยลงเพราะความ เจ็บป่วย	2.07	1.39	ปานกลาง
17	2.	ไม่ได้รู้สึกว่าร่างกายเคลื่อนไหวช้าลง ไม่คล่องแคล่ว	1.98	1.41	ปานกลาง
18	8.	ไม่ได้คิดว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เกิดจากผลกรรมที่ ทำมา	1.73	1.48	ปานกลาง
19	4.	คิดว่าสุขภาพไม่เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ขาดความสุข	1.53	1.38	ปานกลาง
รวม			2.43	0.50	ปานกลาง

ในตาราง 8 พบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับ “ปานกลาง” ($\bar{X}=2.52$, S.D.=0.57) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า อยู่ในระดับมาก 9 ข้อ และระดับปานกลาง 10 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคืออัตมโนทัศน์ในเรื่อง “การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ สามารถควบคุมอาการของโรคได้” ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ข้อที่มีอัตมโนทัศน์เรื่อง “คิดว่าสุขภาพไม่เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ขาดความสุข”

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=45)

อันดับที่	ด้านที่	การสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับความหมาย
1	1.	ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	3.25	0.82	มาก
2	2.	ด้านการตอบสนองการยอมรับการยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า	3.13	0.92	มาก
5	3.	ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	2.52	0.87	มาก
4	4.	ด้านการช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสาร	2.53	1.02	มาก
3	5.	ด้านการช่วยเหลือเงินทอง สิ่งของ แรงงาน	2.65	1.01	มาก
รวม			2.82	0.71	มาก

จากตาราง 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้งรายด้านและภาพรวม อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ (n=45)

อันดับที่	ข้อที่	การสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
1	3.	รู้สึกอบอุ่นใจ และปลอดภัยเมื่ออยู่กับครอบครัว	3.38	0.72	มาก
2	5.	ยังเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว	3.38	0.94	มาก
3	2.	ครอบครัวแสดงความรักเอาใจใส่และห่วงใย	3.33	0.80	มาก
4	1.	ครอบครัวให้กำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่	3.22	1.08	มาก
5	8.	ครอบครัวยกย่องในสิ่งดีว่าเป็นคนมีส่วนสำคัญในครอบครัว	3.16	1.00	มาก
6	7.	มีส่วนในการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาภายในครอบครัวเกิดขึ้น	3.09	1.08	มาก
7	4.	เมื่อไม่สบายใจ ครอบครัวสามารถช่วยให้คลายความวิตกกังวล หรือความไม่สบายใจ	3.07	1.10	มาก
8	6.	ได้รับการยอมรับจากครอบครัวว่า ยังคงสามารถทำงานที่เคยทำได้	2.89	1.21	มาก
9	14.	ครอบครัวคอยเตือนเกี่ยวกับการมาตรวจตามที่แพทย์นัด	2.87	1.31	มาก
10	15.	มักจะปรึกษากับครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม	2.82	1.13	มาก
11	20.	ครอบครัวเป็นผู้คอยดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	2.80	1.32	มาก
12	18.	ครอบครัวเป็นผู้คอยดูแลให้คุณรับประทานยาตามแพทย์สั่ง	2.78	1.22	มาก
13	9.	ทราบความเป็นไปของบุคคลรอบข้าง หรือเพื่อนบ้านจากคนในครอบครัว	2.69	1.00	มาก
14	16.	ในระหว่างที่เจ็บป่วยหากมีปัญหาทางการเงินครอบครัวมักให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหานี้ได้	2.69	1.12	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

อันดับที่	อันดับที่	การสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
15	17.	เมื่อมีอาการผิดปกติหรือต้องมาพบแพทย์ครอบครัวมักจะมาเพื่อน	2.69	1.40	มาก
16	11.	เมื่อมีงานบุญต่างๆ ครอบครัวมักจะช่วยงานในนามของผู้ป่วยด้วย	2.47	1.16	ปานกลาง
17	10.	ครอบครัวเห็นด้วยกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.40	1.18	ปานกลาง
18	19.	ครอบครัวเป็นผู้คอยดูแลให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	2.31	1.26	ปานกลาง
19	13.	ครอบครัวพูดคุยเสมอเมื่อได้รับทราบความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคที่ป่วยอยู่	2.29	1.38	ปานกลาง
20	12.	ครอบครัวมักชักชวนให้อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการทีวีเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคเอดส์	2.13	1.25	ปานกลาง
รวม			2.82	0.71	มาก

จากตาราง 10 ปรากฏว่า ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ มีจำนวน 15 ข้อ อยู่ในระดับมาก และในระดับปานกลาง 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “รู้สึกอบอุ่นใจ และปลอดภัยเมื่ออยู่กับครอบครัว” ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ “ครอบครัวมักชักชวนให้อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการทีวีเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคเอดส์”

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายด้านและโดยรวม (n=45)

อันดับที่	ด้านที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับความหมาย
5	1.	ด้านร่างกายและจำเป็นในการดำเนินชีวิต	2.34	0.64	ปานกลาง
1	2.	ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	2.79	0.67	มาก
2	3.	ด้านกิจกรรมในสังคม	2.78	0.59	มาก
3	4.	ด้านการพัฒนาตนเอง	2.77	0.62	มาก
4	5.	ด้านสันตนาการ	2.48	0.75	ปานกลาง
รวม			2.63	0.41	มาก

จากตาราง 11 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อยู่ในระดับมาก 3 ด้าน และระดับปานกลาง 2 ด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น” สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ “ด้านร่างกายและจำเป็นในการดำเนินชีวิต”

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ (n=45)

อันดับที่	ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับความหมาย
1	8.	ไม่รู้สึกรู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว	3.36	0.96	มาก
2	4.	รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ภายในบ้านของผู้ป่วย	3.20	1.10	มาก
3	14.	พอใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้โดยอาการของโรคไม่รุนแรงขึ้น	3.11	0.86	มาก
4	11.	เต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ	3.04	0.90	มาก
5	12.	รู้สึกพอใจที่มีอิสระในการใช้ชีวิตส่วนตัว	3.00	1.07	มาก
6	6.	การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของครอบครัว	2.89	1.23	มาก
7	13.	รู้สึกพอใจที่ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรคของตัวเอง	2.87	1.06	มาก
8	5.	ครอบครัวมีเวลาที่จะรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดคุย	2.82	1.05	มาก

ตาราง 12 (ต่อ)

อันดับที่	ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
9	18.	พอใจที่ได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพ	2.78	0.88	มาก
10	1.	ไม่รู้สึغبื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา	2.76	1.26	มาก
11	10.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้คุณรู้สึกว่าคุณเป็นภาระของสังคม	2.67	1.26	มาก
12	20.	ยังมีเวลาพักผ่อนแม้ว่าอาการของโรคกำเริบอยู่ตลอดเวลา	2.64	1.26	มาก
13	19.	เมื่อมีเวลาร่างสามารถทำงานอดิเรกที่ชอบได้	2.58	1.10	มาก
14	5.	พอใจและภูมิใจในผลงานที่ปฏิบัติ	2.58	1.16	มาก
15	16.	ใช้ความสามารถปฏิบัติภารกิจงานให้ประสบความสำเร็จได้	2.53	1.18	มาก
16	9.	พอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม	2.42	1.12	ปานกลาง
17	2.	รู้สึกพอใจในสุขภาพของผู้ป่วย	2.27	1.23	ปานกลาง
18	7.	เพื่อนของผู้ป่วยแสดงความห่วงใยได้ตามในอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	2.11	1.23	ปานกลาง
19	17.	การเจ็บป่วยไม่เป็นอุปสรรคต่อการไปงานรื่นเริง	1.93	1.44	ปานกลาง
20	3.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้ผู้ป่วยเองมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น	1.13	1.36	เล็กน้อย
รวม			2.63	0.41	มาก

จากตาราง 12 ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า อยู่ในระดับมาก 15 ข้อ ระดับปานกลาง 4 ข้อ และระดับเล็กน้อย 1 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ไม่รู้สึกลัวว่าผู้ป่วยอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว” และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “การเจ็บป่วยไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องมียาจ่ายเพิ่มขึ้น”

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ (n=28)

อันดับที่	ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
1	11.	อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค	3.96	0.19	มากที่สุด
2	3.	พอใจที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่	3.75	0.52	มากที่สุด
3	10.	ปรับตัวเข้ากับเพื่อนบ้านและสังคมได้	2.96	1.48	มาก
4	7.	พอใจที่ได้แสดงความกตัญญูเพื่อตอบแทนคุณผู้ป่วย	2.71	1.41	มาก
5	6.	สามารถทำใจให้สงบและพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	2.46	1.14	ปานกลาง
6	9.	มีเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ	2.43	1.26	ปานกลาง
7	4.	สนุกสนานกับชีวิตและสังคมได้ตามปกติ	2.36	0.91	ปานกลาง
8	8.	ไม่ได้คิดว่าเป็นบาป และไม่เป็นกรรมสำหรับครอบครัว	1.93	1.59	ปานกลาง
9	5.	คิดว่าครอบครัวปลอดภัย	1.39	1.17	เล็กน้อย
10	2.	ไม่กังวลกับฐานะและเศรษฐกิจของครอบครัว	0.75	1.08	เล็กน้อย
11	1.	รู้สึกสบายใจแม้ว่ามีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย	0.43	0.69	ไม่พอใจ
รวม			2.29	0.50	ปานกลาง

จากตาราง 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ อยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ ระดับมาก 2 ข้อ ระดับปานกลาง 4 ข้อ ระดับเล็กน้อย 2 ข้อ และระดับไม่พอใจ 1 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค” ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ซึ่งอยู่ในระดับไม่พอใจ คือ “รู้สึกสบายใจแม้ว่ามีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย”

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ จำแนกรายข้อ (n=28)

อันดับที่	ข้อที่	การสนับสนุนของครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ ความหมาย
1	1.	ให้ความรัก ความเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วย	3.79	0.50	มากที่สุด
2	10.	ดูแลหรือเตือนให้ผู้ป่วยกินยา และอาหารที่มีประโยชน์	3.68	0.55	มากที่สุด
3	3.	ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษาสุขภาพและต่อสู้ชีวิตต่อไป	3.68	0.72	มากที่สุด
4	8.	ดูแลและคอยเตือนให้ผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพตามนัดเสมอ	3.61	0.57	มากที่สุด
5	4.	ไม่เคยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและพูดคุยกับผู้ป่วย	3.39	1.31	มาก
6	7.	พูดคุยกับผู้ป่วยเสมอเพื่อได้รับความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรค	3.18	1.19	มาก
7	11.	เตือนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ	3.14	0.85	มาก
8	6.	แนะนำและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้อ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุ และโทรทัศน์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้าน การดูแลสุขภาพ	3.00	1.12	มาก
9	9.	ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหา	2.96	1.20	มาก
10	12.	ชักชวนผู้ป่วยให้ไปวัดทำบุญ	2.82	1.19	มาก
11	5.	ยินดีให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการตัดสินใจเรื่องของครอบครัว	2.75	1.55	มาก
12	2.	มีเวลาเสมอที่จะรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วย	2.54	1.62	มาก
รวม			3.21	0.54	มาก

จากตาราง 14 ค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ ระดับมาก 8 ข้อ โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ “ให้ความรัก ความเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วย” ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ “มีเวลาเสมอที่จะรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วย”

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ภูมิหลังของผู้ป่วย ความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว

ในการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต กับปัจจัยคัดสรร คณะผู้วิจัยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลที่ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในตาราง 15 สำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในตาราง 17

ตาราง 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์

ตัวแปร	อายุ	รายได้	สมาชิกในครอบครัว	ความรู้สึกนึกคิด	อึดมโนทัศน์	การสนับสนุนของครอบครัว	ความพึงพอใจ
อายุ	--						
รายได้ต่อเดือน	.029	--					
สมาชิกในครอบครัว	.094	.139	--				
ความรู้สึกนึกคิด	.084	-.220	.055	--			
อึดมโนทัศน์	-.049	-.133	-.239	.491**	--		
การสนับสนุนของครอบครัว	.047	-.117	.028	.116	.251	--	
ความพึงพอใจ	.040	-.184	.044	.455**	.593**	.593**	--

**p<.01

จากตาราง 15 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์และตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว ($r=.455, .593, \text{ และ } .593$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 นั่นคือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีความรู้สึกนึกคิดต่อตนเองในทางบวก มีแนวโน้มจะได้รับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีอึดมโนทัศน์และการสนับสนุนของครอบครัวในทางบวก ก็มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงด้วยเช่นกัน

ส่วนอายุ และรายได้ ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่า มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ พบว่า อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกนึกคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ซึ่งมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นตัวแปรเกณฑ์ ส่วนตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ รายได้ สมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกนึกคิด อັตมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (stepwise multiple regression) ได้แก่การ หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยการเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ละตัวจนครบทุกตัว แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ด้วยการทดสอบสถิติเอฟส่วนรวม (overall F-test) ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) ทำการทดสอบความมีนัยสำคัญของ b และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้พยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

ตัวแปรพยากรณ์	β	b	SE b	t
อັตมโนทัศน์	.4742	.4057	.095	4.28**
การสนับสนุนของครอบครัว	.4738	.2698	.063	4.27**
R = 0.750		S.E.est = 0.279		
R ² = 0.562		a = 0.896		
Overall F = 24.38***				
p<.01		*p<.001		

จากตาราง 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์มีค่าเท่ากับ .750 ซึ่งมีค่าสูงกว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวกับตัวแปรเกณฑ์ แสดงว่าการใช้ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวร่วมกันสามารถอธิบายการผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่

เป็นตัวอย่างทั้งหมดได้ดีกว่าการใช้ตัวพยากรณ์เพียงตัวเดียวโดย อັตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่าตัวพยากรณ์ที่มีค่า β สูงสุดคือ อັตมโนทัศน์ ($\beta = .4742$) รองลงมาคือ การสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = .4738$) แสดงว่า อັตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์เป็นอันดับแรก ในการพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ รองลงมา คือ การสนับสนุนของครอบครัว โดยสามารถสร้างสมการพยากรณ์ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของ ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 0.896 + 0.406*(\text{อັตมโนทัศน์}) + 0.270*(\text{การสนับสนุนของครอบครัว})$$

โดย \hat{Y} คือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = 0.474*(\text{อັตมโนทัศน์}) + 0.474*(\text{การสนับสนุนของครอบครัว})$$

โดย \hat{Z} คือ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์

กล่าวคือ มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้ร้อยละ 56.2 ($R^2 = .562$)

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเกณฑ์กับตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรพยากรณ์ ในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์

ตัวแปร	อายุ	รายได้	การสนับสนุนของครอบครัว	ความพึงพอใจ
อายุ	--			
รายได้ต่อเดือน	.483*	--		
การสนับสนุนของครอบครัว	.159	.240	--	
ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	-.270	-.079	-.136	--

* $p < .05$

จากตาราง 17 การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่า อายุ รายได้ และการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์

การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรพยากรณ์ กับตัวแปรพยากรณ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทุกคนซึ่งมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นตัวแปรเกณฑ์ ส่วนตัวแปรพยากรณ์ ได้แก่ อายุ รายได้ และการสนับสนุนของครอบครัว โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น โดยการเพิ่มตัวแปรพยากรณ์เฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่ละตัวจนครบทุกตัว ไม่พบว่าตัวแปรพยากรณ์ตัวใดเข้าในสมการเพื่อทำนายความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวเลย

**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล
หลังดำเนินโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพจิต**

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต

ในการเปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ คณะผู้วิจัยได้ทำการวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสองครั้ง ในครั้งแรกวัดเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก แล้วเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเวลา 3 เดือน ได้วัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตครั้งที่สอง ผลการเปรียบเทียบดังแสดงรายละเอียดในตาราง 18-19

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต รายด้านและโดยรวม (n=29)

ด้านที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต		ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		t	p
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.				
1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต	2.53	0.54	3.22	0.57	4.56	.000		
2. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	2.86	0.65	2.82	0.60	-0.27	.789		
3. ด้านกิจกรรมในสังคม	2.72	0.56	3.37	0.46	4.49	.000		
4. ด้านการพัฒนาตนเอง	2.66	0.59	3.83	0.52	7.74	.000		
5. ด้านสันติภาพ	2.67	0.58	3.03	0.42	2.78	.010		
รวม	2.69	0.38	3.25	0.26	6.92	.000		

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการทั้งโดยรวม และรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้น ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตรายข้อ (n=29)

ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		t	p
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.	ไม่เบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา	3.00	1.04	2.21	1.26	-2.85	.008
2.	รู้สึกพอใจในสุขภาพของตนเอง	2.62	1.05	3.10	1.01	2.20	.037
3.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น	1.31	1.51	3.38	2.19	3.62	.001
4.	รู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ภายในบ้าน	3.17	1.68	4.17	0.76	3.51	.002
5.	ครอบครัวมีเวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดคุย	2.76	1.09	2.21	1.15	-1.81	.081
6.	เพราะการเจ็บป่วยทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของครอบครัว	2.93	1.10	4.24	0.95	6.79	.000
7.	เพื่อนแสดงการห่วงใยได้ตามในอาการป่วย	2.14	1.09	2.76	0.79	2.27	.031
8.	ไม่รู้สึกว่าอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว	3.62	0.73	2.07	0.96	-6.73	.000
9.	พอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสังคม	2.38	0.98	3.55	0.57	5.03	.000
10.	การเจ็บป่วยไม่ทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของสังคม	2.65	1.11	1.76	1.50	-2.57	.020
11.	เต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือ	3.00	0.93	4.10	0.98	4.25	.000
12.	รู้สึกพอใจที่มีอิสระในการใช้ชีวิตส่วนตัว	2.83	1.14	4.07	0.53	5.64	.000
13.	รู้สึกพอใจที่ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรค	2.62	0.98	4.31	0.71	8.00	.000
14.	พอใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้ โดยอาการของโรคไม่รุนแรงขึ้น	2.93	0.92	4.17	0.60	6.32	.000
15.	พอใจและภูมิใจในผลงานที่ปฏิบัติ	2.72	0.92	3.28	0.70	2.29	.030
16.	ใช้ความสามารถปฏิบัติภารกิจการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้	2.34	1.11	3.55	0.91	4.09	.000
17.	การเจ็บป่วยไม่เป็นอุปสรรคในการไปงานรื่นเริง	2.21	1.29	1.62	1.27	-1.75	.091
18.	พอใจที่ได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพ	2.79	0.77	3.97	0.63	5.27	.000

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		t	p
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
19.	เมื่อมีเวลาว่างสามารถทำงานอดิเรกที่ ชอบได้	2.52	0.99	4.10	0.41	7.86	.000
20.	มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ แม้อาการของ โรคจะกำเริบตลอดเวลา	3.17	0.85	2.45	0.78	-3.55	.001
	รวม	2.69	0.38	3.25	0.26	6.92	.000

จากตาราง 19 ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาพรวมและรายข้อ รวม 14 ข้อ และมีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวม 4 ข้อ ซึ่งมีข้อความดังนี้ “ไม่เบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา” “ไม่รู้สึกรู้ว่าอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว” “การเจ็บป่วยไม่ทำให้รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของสังคม” และ “มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ แม้อาการของโรคจะกำเริบตลอดเวลา”

นอกจากนี้ มี 2 ข้อ ที่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีข้อความดังนี้ “ครอบครัวมีเวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดคุย” และ “การเจ็บป่วยไม่เป็นอุปสรรคในการไปงานรื่นเริง”

**ตอนที่ 5 เปรียบเทียบ ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วย
โรคเอดส์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิต**

เมื่อครอบครัวของผู้ป่วยพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาตามนัด คณะผู้วิจัยได้ทำการวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสองครั้ง ครั้งแรก วัดเมื่อพบญาติผู้ป่วยครั้งแรกแล้วเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นเวลา 3 เดือน หลังจากนั้นได้วัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตครั้งที่สอง ผลการเปรียบเทียบ ดังแสดงรายละเอียดในตาราง 20

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นรายชื่อ และโดยรวม

ข้อที่	ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต	ก่อนเข้าโครงการ		หลังเข้าโครงการ		t	p
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1.	ไม่กังวลแม้ว่ามีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย	0.36	0.67	2.00	1.95	2.41	.036
2.	ไม่กังวลกับฐานะและเศรษฐกิจของครอบครัว	0.45	0.52	0.64	1.50	0.41	.690
3.	พอใจที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่	3.82	0.41	5.00	0.00	9.69	.000
4.	สนุกสนานกับชีวิตและสังคมได้ตามปกติ	2.00	0.78	2.91	0.54	2.89	.016
5.	คิดว่าครอบครัวปลอดภัย	1.64	0.67	1.27	0.65	-1.08	.308
6.	สามารถทำให้ให้สงบและพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่	2.45	1.04	3.27	0.91	2.52	.031
7.	พอใจที่ได้แสดงความกตัญญูเพื่อตอบแทนคุณผู้ป่วย	2.45	1.51	4.27	0.91	5.16	.000
8.	ไม่ได้คิดว่าเป็นบาปและไม่เป็นกรรมสำหรับครอบครัว	2.36	1.36	1.36	1.03	-3.32	.008
9.	มีเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ	2.82	0.98	1.91	0.70	-2.47	.033
10.	ปรับตัวเข้ากับเพื่อนบ้านและสังคมได้	3.00	1.41	2.09	1.04	-1.91	.085
11.	อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค	4.00	0.00	5.00	0.00		
	รวม	2.31	0.41	2.70	0.39	3.12	.010

จากตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยรวม และรายชื่ออีก 5 ข้อ คือข้อ 1, 3, 4, 6, และ 7 ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ข้อ คือ ข้อ 8 และ 9 และมีอยู่ 2 ข้อ (ข้อ 5 และ 10) ที่คะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สำหรับข้อ 11 คือ “อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค” ไม่สามารถวิเคราะห์ได้เนื่องจาก ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเป็น 0 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย พบว่า คะแนนหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ตอนที่ 6 ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และข้อเสนอแนะจากชุมชน เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการ

จากการศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทั้งผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย และผู้นำในชุมชน รวมทั้งส่วนราชการสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

1.1 ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนรู้และเข้าใจในโรคเอดส์ อย่างแท้จริง ทั้งการติดต่อ การป้องกัน และการอยู่ร่วมกันในสังคม ดีกว่าให้ประชาชน รับรู้เพียงบางส่วนหรือรับรู้จากผู้ที่ไม่มีความรู้อย่างแท้จริง และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วจึงรักษาซึ่งสิ้นเปลืองทั้งเศรษฐกิจ รวมทั้งกำลังคนที่มีคุณภาพอยู่ในวัยทำงาน โดยยังไม่มี ยารักษาที่ได้ผล

1.2 ขอให้สังคมยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจ

1.3 ขอให้หน่วยงานหรือองค์กรพิเศษ เพื่อดูแลให้ความอนุเคราะห์ผู้ผู้ป่วยเหล่านี้ เช่นเดียวกับสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า สถานสงเคราะห์คนชรา

1.4 ขอให้จัดที่อยู่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ และมีการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายของชีวิต (จัดเป็นนิคมเช่นเดียวกับนิคมโรคเรื้อน)

1.5 ต้องการความช่วยเหลือด้านค่าครองชีพระหว่างเจ็บป่วย

1.6 ต้องการการดูแลรักษาฟรีเมื่อเจ็บป่วย

1.7 ควรออกใบนัดแพทย์โดยไม่มีสัญลักษณ์ “AZT” ซึ่งใช้รักษาโรค เพราะทำให้ทุกคนรู้ว่าตนเป็นโรคเอดส์

1.8 ควรจัดคลินิกพิเศษในวันอาทิตย์ด้วย เพื่อไม่ต้องลางานมาตามนัดบ่อยๆ จนนายจ้างสงสัย เพราะร่างกายดูแข็งแรงสมบูรณ์ดีสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ทำไมต้องลาป่วยไปหาแพทย์เป็นประจำ

1.9 ห้องตรวจและห้องรอตรวจควรกว้างขวางมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ซึ่งสภาพปัจจุบันห้องตรวจติดเครื่องปรับอากาศและค้ำแคบ อาจมีการติดเชื้อหรือการแพร่เชื้อกันเองจากโรคต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางเดินหายใจ

1.10 ควรจัดให้มีการประชุมกลุ่มย่อยเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปลอบใจซึ่งกันและกันในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยงานราชการ

2.1 ควรให้สังคมยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นอันดับแรก เพราะปัจจุบันสังคมในหมู่บ้านยังไม่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผย พยายามปกปิดและเครียด

2.2 ควรเพิ่มสื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเน้นเรื่องวิธีการติดต่อในผู้ป่วยโรคเอดส์

2.3 ควรจัดให้มีนิคมโรคเอดส์ในที่ใดที่หนึ่ง ที่ทางราชการพิจารณาว่าเหมาะสม และมีการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้ป่วยเหล่านั้น

2.4 ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเริ่มตั้งแต่ชั้นอนุบาล เพื่อให้เด็ก ๆ เริ่มเข้าใจปัญหาวิธีการป้องกัน ตลอดจนยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย และควรเผยแพร่ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์ให้มาก ๆ เพราะเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่ายและดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะมีรายการที่ประชาชนสนใจมาก ๆ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น ขณะมีการแข่งขันมวยไทยทางโทรทัศน์ช่องต่าง ๆ

2.5 ควรให้ข้อมูลแก่ชุมชนว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในชุมชนนั้นมากน้อยเพียงใด และเพิ่มการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเหล่านั้น

3. ข้อเสนอแนะ จากหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ เกี่ยวกับให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวโรคเอดส์

3.1 ตัวผู้ป่วยเอง สามารถอยู่ในสังคมได้ ไม่ไปแพร่เชื้อต่อ และมีการดูแลตนเอง รักษาสุขภาพ ออกกำลังกาย พยายามยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วย เปิดเผยให้ครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกันทราบ ยังไม่ควรให้สังคมหรือญาติผู้ทางไกลทราบ

3.2 ชุมชน สนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ให้กำลังใจ อย่ำรังเกียจ ให้ อสม. ช่วยเหลือ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์โรคเอดส์หรือนิคม หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาตัวที่ศูนย์หรือนิคมโรคเอดส์ที่มีอยู่แล้ว ผู้ที่ยังเผยแพร่โรคควรถูกกักกันให้อยู่เฉพาะที่ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

ศูนย์โรคเอดส์หรือนิคม ควรตั้งให้ห่างไกลจากชุมชน และไม่อยู่ในชุมชนหนาแน่น (เช่น ตลาด หรือหมู่บ้าน ร้านค้า ฯลฯ)

3.3 หน่วยงานของรัฐ ควรมีการรักษาฟรี ให้สวัสดิการแก่ครอบครัว เผยแพร่ความรู้ ส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ควรมีการออกหน่วยเคลื่อนที่โดยไม่เจาะจงเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้การสนับสนุนแก่ชมรมและศูนย์ที่ชุมชนตั้งขึ้น เช่น การเป็นวิทยากร การตรวจเยี่ยมรักษาที่ศูนย์ ให้การประชาสัมพันธ์ที่ต่อเนื่อง ผลิตสื่อที่ดีมีคุณภาพ

3.4 การวางแผนการป้องกันในชุมชน

3.4.1 มาตรการระยะสั้น

- เผยแพร่ความรู้ โดยการเดินรณรงค์ ทำป้ายนิเทศ จัดนักเรียนเป็นแกนนำ แข่งขันกีฬา จัดอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์

- กิจกรรมสำคัญ แจกถุงยางอนามัยฟรีอย่างทั่วถึง มีการประชาสัมพันธ์โดยให้นักเรียนเขียนบทความ นำไปอ่านให้ พ่อ แม่ พี่ น้อง พี่ง เพื่อน เพื่อนเพื่อน ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในหอกระจายข่าว พาไปทัศนศึกษาตามสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งของรัฐและเอกชน

3.4.2 มาตรการระยะกลาง

- จัดตั้งชมรม ตั้งกองทุนต้านภัยเอดส์ในพื้นที่เสี่ยง
- ขยายผลการจัดทำกิจกรรม และการเผยแพร่ความรู้
- ให้มีตู้หยอดเหรียญขายถุงยางอนามัยในราคาถูก โดยมีจำนวนที่เพียงพอและตั้งอยู่ในแหล่งที่สะดวกเหมาะสม

3.4.3 มาตรการระยะยาว

- จัดตั้งชมรมต้านภัยเอดส์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยประธานต้องมีอำนาจ บารมี เลขาฯ ต้องมีความรู้ เหนียวญึกต้องมีฐานะดี กรรมการมาจากแหล่งเสียงแพร่เชื้อ

- ออกกฎหมายห้ามบุคคลที่มี HIV +ve ทำงานในสถานบริการทางเพศ

- จัดตั้งนิคมโรคเอดส์ให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

3.5 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

3.5.1 การเผยแพร่ความรู้ วีดิโอไม่ควรเกิน 15 นาที มีเนื้อหาสาระชัดเจน ไม่ควรเป็นการตุน ควรมีความถูกต้องแม่นยำ แผ่นปลิวไม่ควรเป็นการตุน ควรเป็นข้อความสั้นๆ หนังสือตัวโตๆ สื่อที่ดีที่สุดคือ โทรทัศน์ ควรให้มี spot ในรายการที่คนนิยม เช่น ก่อนการเล่นละครโทรทัศน์ยอดนิยมน้อยๆ รายการละ 1 ครั้ง

3.5.2 วิทยากร ควรเป็นวิทยากรที่มีความรู้อย่างแท้จริง

ตอนที่ 7 รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

คณะผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการศึกษารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว ณ สถานที่ที่ให้บริการในการให้คำปรึกษาตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV โดยไม่ถามชื่อ เพียงแต่ขอให้ชื่อนามสมมติตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวยินดีที่จะให้เรียก ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2538 โดยเริ่มต้น ดังนี้

1. การหาข้อมูลเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มารับบริการในการให้คำปรึกษาโดยวิธีการสัมภาษณ์ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งมีทั้งคำถามปลายปิดและปลายเปิด
2. เชิญให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต
3. มอบข้อมูลข่าวสารที่คณะผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ซึ่งเป็นชุดพัฒนาสุขภาพจิต ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติธรรมะ ประกอบด้วย เทปคาสเซตรวม 2 ม้วน

3.2 เทปธรรมะซึ่งบรรยายเพื่อให้พิจารณาความจริงของชีวิต 1 ม้วน

3.3 เอกสารด้านธรรมะ 3 เล่ม

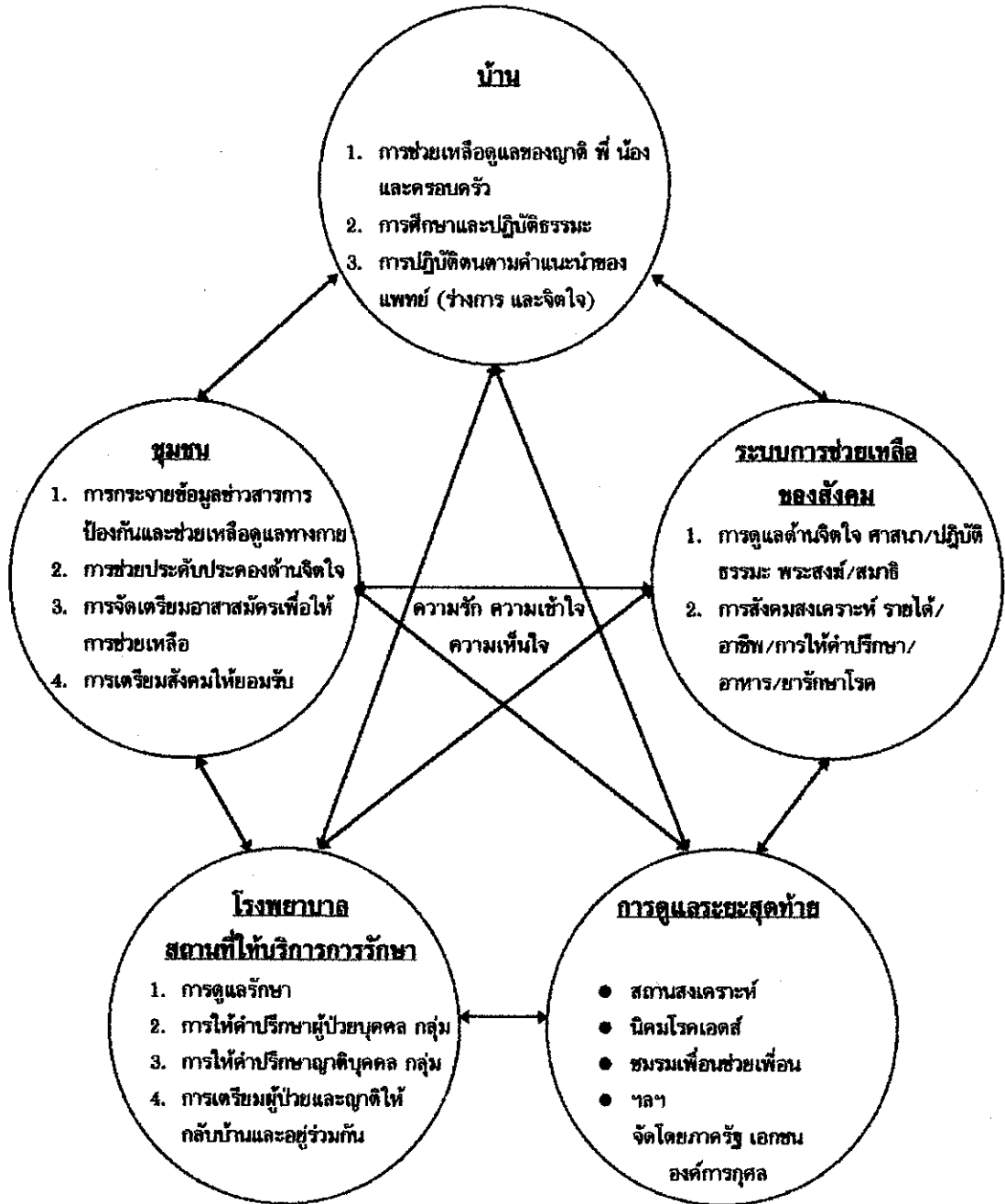
โดยแนะนำวิธีปฏิบัติตน ในการอ่านและฟังธรรมะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ฟังร่วมกัน ใช้เวลาในการศึกษาธรรมะประมาณ 3 เดือน

4. นัดหมายให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้เข้ากระบวนการกลุ่ม Focus group discussion

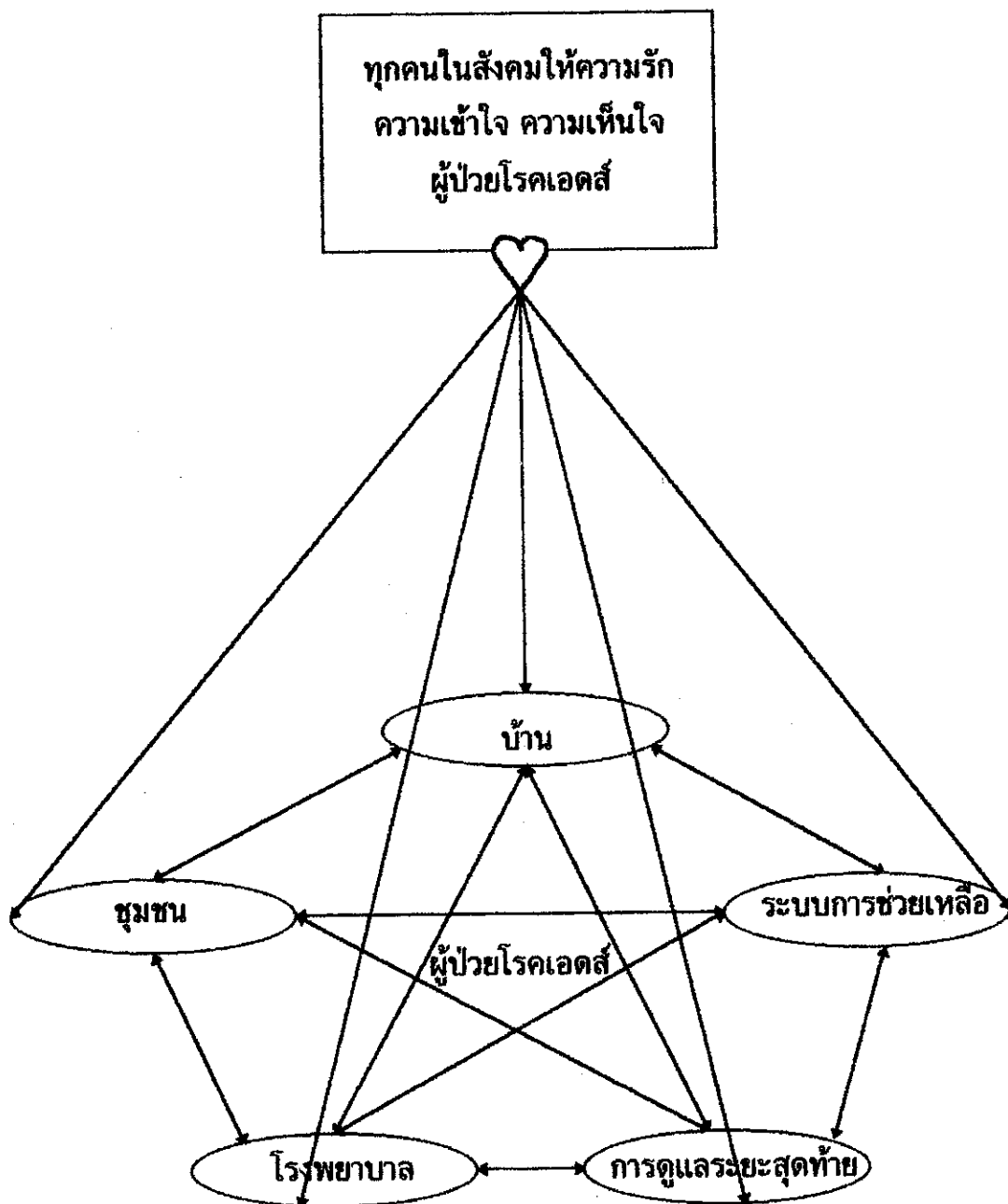
5. สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อประเมินความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวครั้งที่ 2

6. สัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้นำชุมชน และส่วนราชการ เกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการในการส่งเสริมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ จากข้อมูลทั้งหมดที่ประมวลมาซึ่งได้เสนอในงานวิจัยนี้ ตั้งแต่ตอนที่ 1-6 สามารถนำมาผสมผสานและประมวลเข้าด้วยกัน เพื่อพิจารณารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว โดยคณะผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบ “ปริมิตการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการคือ บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล ระบบการ

ช่วยเหลือของสังคม การดูแลระยะสุดท้าย และความรักความเข้าใจและความเห็นใจ ดังรายละเอียดในภาพที่ 1-2



ภาพที่ 1 ปิรามิดการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว (ภาพมุมสูง)



ภาพที่ 2 พีระมิดการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว (ภาพด้านหน้า)

ตามแนวคิดนี้ รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวจะมีระบบ 5 ระบบที่ต้องประสานกัน ดังนี้

1. บ้านของผู้ป่วย ญาติ พี่ น้อง และครอบครัว ต้องให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสศึกษาธรรมะ ปฏิบัติธรรมะ ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อดูแลร่างกายและจิตใจ

2. ชุมชน ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการดำเนินการกระจายข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกัน และช่วยดูแลทางกาย การช่วยประคับประคองด้านจิตใจ การจัดเตรียมอาสาสมัครเพื่อให้การช่วยเหลือ และการเตรียมชุมชนให้มีการยอมรับ ไม่แสดงอาการรังเกียจผู้ป่วย

3. โรงพยาบาลและสถานที่บริการด้านการรักษา นอกจากจะทำหน้าที่ด้านการรักษาแล้ว จะต้องทำหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายกลุ่ม และการใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group discussion) ระหว่างผู้ป่วยกันเอง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดี ในขณะเดียวกันก็ต้องให้คำปรึกษาแก่ญาติ และใช้กระบวนการกลุ่มเช่นเดียวกันรวมทั้งการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้กลับบ้าน และอยู่ร่วมกันในครอบครัวต่อไปด้วย

4. ระบบการช่วยเหลือของสังคม โดยการให้การดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ การจัดกิจกรรมด้านศาสนา ปาฐกถาธรรม การอบรมธรรมะ ปฏิบัติธรรมะ การนั่งสมาธิ นอกจากนั้นจัดให้มีการช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ โดยการช่วยเหลือเรื่องรายได้ การจัดหางานให้ผู้ป่วยทำ จัดให้มีระบบให้คำปรึกษาโดยอาสาสมัครทางโทรศัพท์ การช่วยเหลือด้านอาหารที่มีคุณค่า และการจัดหาการรักษาโรค ให้แก่ผู้ป่วย

5. การดูแลระยะสุดท้าย ภาครัฐบาล ภาคเอกชน และองค์การกุศล จัดดำเนินการด้าน สถานสงเคราะห์ นิคมโรคเอดส์ จัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ

การดำเนินงานเพื่อสอดคล้องประสานทั้ง 5 ระบบ

1. การเตรียมครอบครัวเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยลักษณะของครอบครัวและธรรมชาติของครอบครัวที่มีสายใยผูกพันที่เอื้ออาทรระหว่างพ่อ แม่ ลูก สามี ภรรยา จะเป็นจุดนำครอบครัวไปสู่การยอมรับ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ ให้สามารถให้อยู่ร่วมกันได้อย่างปกติ ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วย จะสามารถเป็นกลไกในการดูแลเบื้องต้นระยะยาว และเป็นกลไก

ประสานการรักษา ตลอดจนการแสวงหาทรัพยากรการช่วยเหลือทางสังคมเพิ่มเติม ดังนั้น แนวทางในการเตรียมครอบครัวอาจพอสรุปได้ดังนี้

1.1 ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความพร้อมทั้งในด้านอารมณ์ จิตใจ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยสามารถจัดการกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ให้ลุล่วงไปได้ด้วยดี

1.2 แนะนำแนวทางการขอความช่วยเหลือที่เหมาะสม ในกรณีที่ปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของครอบครัวที่จะจัดการได้ เช่น แหล่งทรัพยากรทางสังคม ต่าง ๆ แหล่งบริการทางด้านการให้คำปรึกษา บริการดูแลรักษาพยาบาล บริการช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจต่าง ๆ เป็นต้น

1.3 ให้ความรู้กับสมาชิกครอบครัวในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

2. การเตรียมชุมชน

การเตรียมชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นระบบการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่จำเป็น เพื่อให้มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยลดลง แนวคิดในการจัดเตรียมชุมชน อาจสรุปได้ดังนี้

2.1 การใช้กระบวนการกลุ่ม ในการกระจายข้อมูลข่าวสาร การป้องกัน และช่วยเหลือดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2 การสร้างอาสาสมัคร เพื่อเป็นศูนย์กลางกิจกรรมของชุมชน เป็นผู้ช่วยเหลือทางกาย และลดความกังวลใจให้แก่ผู้ติดเชื้อใหม่ และประคับประคองสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ อาสาสมัครอาจเป็นผู้นำชุมชน พระ อสม. และอาสาสมัครโรคเอดส์โดยตรง

2.3 จัดระบบพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัคร ผู้ให้การสนับสนุน พี่เลี้ยง อาจเป็นเจ้าหน้าที่นอกระบบราชการ พัฒนาชุมชน ครู ปลัดตำบล ผู้นำศาสนา

2.4 จัดให้มีระบบสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ การดูแลสุขภาพ เอกสาร เวชภัณฑ์ และเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

2.5 จัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยตอนกลางวัน เพื่อให้ญาติที่เป็นสมาชิกครอบครัวสามารถไปประกอบอาชีพได้ตามปกติ โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กร ชุมชน

2.6 จัดชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสังคม และระบายนปัญหาที่เผชิญอยู่ และช่วยกันแก้ไขปัญหาในเพื่อนกลุ่มเดียวกัน

2.7 เพิ่มการจัดบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชน เป็นไปอย่างทั่วถึง

2.8 ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในระดับชุมชนให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยมีผู้นำชุมชนเป็นศูนย์กลางประชาสัมพันธ์

3. การเตรียมโรงพยาบาลและสถานที่บริการด้านการรักษาพยาบาล

การเตรียมโรงพยาบาลให้พร้อมด้านการดูแลรักษา ด้านการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยรายบุคคล รายกลุ่ม รวมทั้งครอบครัว และญาติ ตลอดจนการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้กลับบ้าน และอยู่ร่วมกัน โดยใช้แนวทางดังนี้

3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายก่อนจำหน่าย โดยกระทำร่วมกันในกลุ่มทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ ผู้ให้คำปรึกษา, พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นถึงการดูแลสุขภาพทางกาย และจิตใจ ตลอดจนทัศนคติของผู้ป่วยและญาติ

3.2 การวางแผนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยประสานงานกับระบบสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมของรัฐบาล และเอกชน

3.3 การปรับเปลี่ยนแนวคิดของญาติ พี่ น้องให้ช่วยดูแลผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้ง แสดงความเอื้ออาทร แนะนำการให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นที่บ้าน เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมชุมชนให้

4. การเตรียมระบบการช่วยเหลือทางสังคม

ปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมี 2 ปัญหาที่สำคัญ คือ ความต้องการการยอมรับจากสังคม และปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น การเตรียมระบบการช่วยเหลือของสังคม ควรมีแนวทางดังนี้

4.1 เตรียมชุมชนและสังคมให้มีความเข้าใจผู้ป่วยโรคเอดส์ และให้การยอมรับให้เข้าร่วมสังคมด้วย

4.2 วัดและสถาปนทางด้านศาสนา ควรเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อได้มีโอกาสใช้สถานที่ดังกล่าว เป็นสถานที่พัฒนาจิตใจ ฝึกปฏิบัติใจให้สงบ เยือกเย็น และยอมรับความจริงของชีวิตตลอดจนการดำรงชีวิต

4.3 หน่วยงานที่มีศักยภาพให้การช่วยเหลือในด้านปัญหาเศรษฐกิจ คือ

- กระทรวงแรงงาน แก้ปัญหาผู้ติดเชื่อที่ถูกไล่ออกจากงาน
- กรมประชาสงเคราะห์ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องดูแลครอบครัวและลูก

- กระทรวงศึกษาธิการ รมรณรงค์แก้ปัญหาให้การอบรมเด็ก ทั้งที่พ่อแม่ติดเชื่อหรือป่วยเป็นเอดส์ และไม่ติดเชื่อเพื่อเป็นการป้องกัน
- หน่วยงานเอกชน อนุญาตให้ผู้ติดเชื่อทำงานได้
- คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ, คณะกรรมการเอดส์ของจังหวัด ควรเป็นศูนย์กลางในการสร้าง รูปแบบของระบบการประสานงานนี้ เพื่อให้เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้นได้

4.4 หน่วยงานของรัฐและเอกชน ควรให้การช่วยเหลือทารกที่ทอดทิ้ง เนื่องจากมารดาป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคเอดส์

5. ระบบการดูแลระยะสุดท้ายและระยะปรับตัว

ภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรกุศล ควรรวมพลังดำเนินการจัดสถานที่ และบริการ สำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในรูปแบบต่างๆ ได้แก่

5.1 จัดเตรียมสถานที่สำหรับผู้ไร้ญาติ ได้อาศัยอยู่ชั่วคราว เพื่อปรับสภาพร่างกายและจิตใจ ให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อีก

5.2 จัดเตรียมสถานสงเคราะห์ นิคมโรคเอดส์ ฯลฯ เพื่อเป็นสถานที่พักและจัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

5.3 จัดให้มีการหมุนเวียนบุคลากร ไปปฏิบัติงานในสถานที่ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรเหล่านี้ควรจัดให้มีการประกันสุขภาพ สวัสดิการ และอื่น ๆ ที่เหมาะสม

บทที่ 5

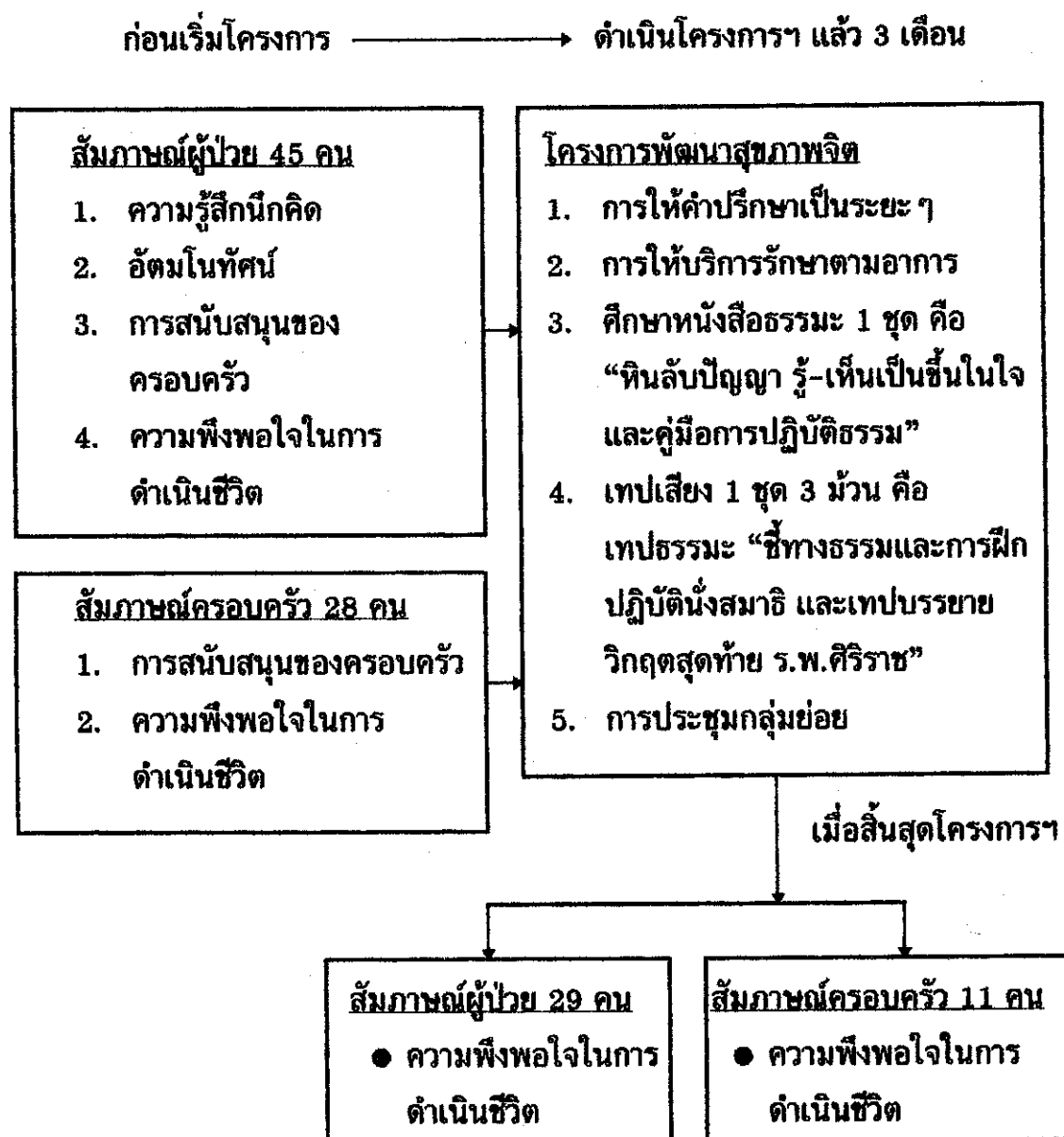
สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ในเขตพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ความรู้สึกนึกคิด อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ การสนับสนุนของครอบครัวและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว หาคความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์กับปัจจัยคัดสรร เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิต ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนข้อเสนอแนะจากชุมชนเกี่ยวกับการสนับสนุนจากสังคมและหน่วยราชการ และพัฒนารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ทั้งนี้เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวต่อไป

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา รวมทั้งผู้นำชุมชน และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 45 คน ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 28 คน ผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน 33 คน และหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ จำนวน 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป วัดความรู้สึกนึกคิด วัดอัตมโนทัศน์ วัดการสนับสนุนของครอบครัว วัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การให้คำปรึกษา การให้บริการรักษาตามอาการ ชุดหนังสือธรรมะ เทปธรรมะ และการประชุมกลุ่มย่อย

วิธีดำเนินการวิจัย โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว และสัมภาษณ์ครอบครัว เพื่อวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตและการสนับสนุนของครอบครัว ก่อนเริ่มดำเนินการตามโครงการพัฒนาสุขภาพจิต โดยใช้เวลาในการดำเนินงานตามโครงการ ประมาณ 3 เดือน หลังจากนั้น ได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัวอีกครั้ง เพื่อวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตครั้งที่ 2 ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



ภาพที่ 3 สรุปวิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ โดยวิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ทาค่าสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ วิเคราะห์ค่าที (t-test) และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยชาย มีอายุระหว่าง 25-29 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี และสูงสุด 39 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,985.37 บาท โดยบางคนไม่มีรายได้เป็นของตนเองเลย และบางคนมีรายได้ถึง 10,000 บาทต่อเดือน

สำหรับครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นหญิง การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีอายุระหว่าง 25-29 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี และสูงที่สุด 53 ปี รายได้ต่อเดือน 0-3,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,257.14 บาท และรายได้สูงที่สุดคือ 20,000 บาทต่อเดือน

2. อัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความคาดหวัง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านร่างกาย การสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยทั้งรายด้านและภาพรวม อยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สำหรับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น สำหรับด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านร่างกาย และสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต

3. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในระดับ ปานกลาง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ “อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค” และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งอยู่ในระดับ ไม่พอใจ คือ “รู้สึกสบายใจ แม้ว่ามิบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย” สำหรับการสนับสนุนของครอบครัวตามความคิดเห็นของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ “ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และห่วงใยผู้ป่วย” ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ “มีเวลาเสมอที่จะรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วย”

4. ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า อึดมโนทัศน์ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

5. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ รายได้ และการสนับสนุนของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ และไม่สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ได้

6. ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ทั้งโดยรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ยกเว้นด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต รวม 14 ข้อ ใน 20 ข้อ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต 4 ข้อ ซึ่งใน 4 ข้อมีข้อความดังนี้ “ไม่เบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา” “ไม่รู้สึกร่าอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว” “การเจ็บป่วยไม่ทำให้รู้สึกตัวตัวเองเป็นภาระของสังคม” และ “มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ แม้อาการของโรคจะกำเริบตลอดเวลา” นอกจากนี้มี 2 ข้อ ที่คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีข้อความว่า “ครอบครัวมีเวลารับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดคุย” และ “การเจ็บป่วยในการไปงานรื่นเริง”

7. ผลการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยรวมและรายข้ออีก 5 ข้อ ใน 12 ข้อ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมโครงการ ต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ข้อ คือ ข้อที่มีข้อความว่า “ไม่ได้คิดว่าเป็นบาปและไม่เป็นธรรมสำหรับครอบครัว” และ “มีเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ”

8. ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่สำคัญ คือ ต้องการให้สังคมยอมรับ ให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้ การจัดโครงการเพื่อดูแลสุขภาพจิต และการจัดให้มีสถานที่ดูแลรักษาในระยะสุดท้าย

9. รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ คือ บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล ระบบการช่วยเหลือของสังคม การดูแลระยะสุดท้าย และความรักความเข้าใจและความเห็นใจ โดยมีกรอบแนวคิดให้ชื่อว่า “พีรามิดการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว”

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า

ด้านสถานภาพส่วนบุคคลเป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นจึงเป็นข้อสนับสนุนและอธิบายได้ว่า โรคเอดส์แพร่ระบาดจากวงใน ได้แก่ เพศชายวัยเจริญพันธุ์ แล้วขยายกว้างสู่หญิงบริการ ชายนักเที่ยว หญิงแม่บ้าน และออกสู่วงนอกสุดคือเด็ก ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนของทฤษฎีกันหอย แต่ในทางกลับกันครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แสดงให้เห็นว่า วัฒนธรรม ประเพณี และแบบแผนของครอบครัวไทย เพศหญิงเป็นเพศที่มีความศรัทธาในความรัก ความผูกพัน ความภักดีต่อสามี และยังมีความรับผิดชอบในฐานะเป็นภรรยาและมารดาที่ไม่ทอดทิ้งสามีและบุตร ส่วนรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยส่วนบุคคลในปี พ.ศ. 2535 คือมีค่าเท่ากับ 32,169 บาทต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538, หน้า 41) โดยผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะถูกให้ออกจากงาน

ด้านความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ไม่มีความคิดเรื่องฆ่าตัวตายหรืออยากตาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาจากหน่วยงานของโรงพยาบาลแล้วทุกราย จึงอยู่ในระยะการปรับตัวเลือกการดำเนินชีวิตที่ตนต้องการ ส่วนความรู้สึกนึกคิดที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความรู้สึกแข็งแรงหรือมีพลัง ซึ่งความรู้สึกนึกคิดนี้ตรงกับอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจของผู้ป่วยเอดส์ คือ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ ด้านร่างกาย

อธิบายได้ว่าความเจ็บป่วยเนื่องจากโรคเอดส์มีผลทำให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมกลไกการปรับตัวของผู้ป่วย ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ แนน้อย ยานวารี (2537, หน้า 68) ที่ว่า สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ 4 ลำดับแรก คือ อาการไข้ ความอ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร

อัทมโนทัศน์ของผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ถูกต้อง มีการยอมรับเกี่ยวกับตนเองได้ในระดับปานกลาง ส่วนอัทมโนทัศน์ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความคาดหวัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้ผ่านประสบการณ์และได้รับคำปรึกษาที่ดี จึงสามารถพัฒนาอัทมโนทัศน์ด้านความคาดหวังไปในทางที่เหมาะสม เพราะการมีประสบการณ์ดี สามารถทำให้ผู้ป่วยพัฒนาค่านิยมไปในทางบวกได้ เมื่อพิจารณาอัทมโนทัศน์ของผู้ป่วยเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคได้ ย่อมแสดงว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ยังคงมีภาพลักษณ์ที่ดี มีการรับรู้ด้านคุณค่าและสุขภาพของตนเอง มีความปรารถนาที่จะปรับปรุงดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ส่วนอัทมโนทัศน์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คิดว่าสุขภาพไม่เป็นปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ขาดความสุข ทั้งนี้แสดงว่า ผู้ป่วยกล้ายอมรับความจริงว่าในภาวะเจ็บป่วยเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ขาดความสุขได้

ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ แสดงว่า สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและผู้ป่วยเอดส์ มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤกษ์ และคณะ (2534, หน้า 67) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสภาพด้อย รู้สึกหมดโอกาส และแยกตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถตอบสนอง ในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมได้ ในทางที่ควรนั้นสังคมควรยอมรับความจริงที่ว่า การอยู่ร่วมกันในสังคมเป็นภารกิจของทุกคนในสังคม เป็นสิ่งที่คนทั้งสังคมควรแสดงออกเพื่อให้เกิดการยอมรับการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ให้โอกาสในการปกป้องสิทธิ และจะต้องมีการขจัดการประทับมลทิน (Stigmatization) อย่างจริงจัง โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็ว ดังนั้น บุคคลปกติทั่วไปต้องอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว จึงควรให้มีการวิสาสะพูดคุย และปฏิบัติต่อกันอย่างเป็นปกติ ไม่ควรแสดงท่าทีรังเกียจ มีการให้งานทำ ให้เรียนหนังสืออย่างเป็นปกติ ในสภาวะที่ผู้ป่วย

หรือผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำได้ และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยก็ควรให้สวัสดิการ ตลอดจน ให้การรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเหมือนบุคคลทั่วไป

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยเอดส์ เป็นรายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ครอบครัวมักชักชวนให้อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการโทรทัศน์เพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผลดังกล่าวย่อมแสดงว่าครอบครัวผู้ป่วยมีพฤติกรรมสนับสนุนการแสดงออก ซึ่งความเมตตากรุณา เจกเช่น คนไทยทั่วไปที่มีความหลากหลายและแตกต่างกัน เช่น การให้ความเมตตาด้วยการปกป้องในสิ่งที่ไม่ควร ปกปิดหรือปฏิเสธความเป็นจริงที่ควรให้ผู้ป่วยได้รับทราบนั้น ยังคงมีอยู่เป็นส่วนใหญ่ในสังคมไทย พฤติกรรมแสดงออกดังกล่าวนี้ ย่อมเป็นการสร้างอัตมโนทัศน์ในทางลบให้แก่ผู้ป่วย เป็นการปฏิเสธศักยภาพของผู้ป่วย และยังเป็นการตัดโอกาสในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยอีกด้วย

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ทั้งนี้ย่อมมีความเป็นไปได้เพราะ เป็นสัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยา และครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ดังได้กล่าวไว้ในการสนับสนุนของครอบครัว ส่วนค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือด้านร่างกาย ซึ่งก็ได้อภิปรายไว้ในด้านความรู้สึก

สำหรับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ครอบครัวประสบกับภาวะการที่มีผู้เจ็บป่วยในครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ประกอบกับครอบครัวมีรายได้ต่ำ เป็นเหตุให้เกิดความวิตกกังวลต่างๆ เพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยเอดส์ก็ยังได้รับการดูแลรักษาโดยได้รับยาบางชนิดฟรีจากโรงพยาบาล ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระได้ส่วนหนึ่ง จึงทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับกลาง ส่วนความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดในระดับไม่พอใจ คือ รู้สึกสบายใจแม้ว่าบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย แสดงว่า ครอบครัวผู้ป่วยเอดส์มีทัศนคติเชิงบวกที่ยอมรับว่ารู้สึกไม่สบายใจ และปรารถนาอยากเห็นผู้ป่วยหายจากการเป็นโรคเอดส์ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าเป็นแนวคิดหนึ่งในการเตรียมส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ให้สามารถประคับประคองตนเองจากอาการเจ็บป่วย และเพื่อป้องกันหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ตามความคิดเห็นของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ และห่วงใยผู้ป่วย แสดงว่า จาริตปรเพณีอันดีงามของไทย ยังคงมีอิทธิพลต่อครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์มาก จากการค้นพบของ ลิม และคณะ (Lin et. al., 1985 : p. 119) พบว่า ความช่วยเหลือจากคู่สมรสซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่มีความผูกพันอย่างเหนียวแน่นนี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสภาพการณ์เครียดได้มากกว่าที่จะได้จากผู้อื่น ส่วนในข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีเวลาเสมอที่จะรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเป็นไปได้เพราะเมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลปกติในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาระกิจความรับผิดชอบ ย่อมมีผลกระทบต่อในการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ครอบครัวจะต้องรับผิดชอบทำงานเพิ่มขึ้น จึงอาจเป็นเหตุให้การใช้เวลาในการรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วยมีน้อยลง ดังนั้น ในการเตรียมครอบครัวจึงควรให้ความช่วยเหลือ ร่วมจัดเวลาให้แก่ครอบครัว โดยฝึกหัดให้ครอบครัวจัดแบ่งเวลาเพื่อมารับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วยเอดส์ด้วย

จากการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ ของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกนึกคิด อึดมโนทัศน์และการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับมาก ก็จะมี ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูง ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกนึกคิดย้อนเข้าสู่ตนเองในทางที่ดี มีภาพลักษณ์ที่ดี การสนับสนุนของครอบครัวที่เหมาะสม มีการปรับตัว มีประสบการณ์ และค่านิยมที่ดี ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยเอดส์ได้รับคำปรึกษาและการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ไม่ทอดทิ้ง มีความเอื้ออาทร มีเจ้าหน้าที่พยาบาล แพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์ให้การดูแลแนะนำการปรับตัวที่เหมาะสม

จากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว พบว่า หลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการทั้งโดยรวมและรายด้าน แสดงว่ารูปแบบที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต (รายละเอียดดูตอนที่ 7 บทที่ 4) สามารถยกระดับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้ รูปแบบดังกล่าวจะต้องมีการดำเนินงานให้สอดคล้องประสานทั้ง 5 ระบบ ได้แก่ บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล ระบบการช่วยเหลือทางสังคม และระบบการดูแลระยะสุดท้าย การดำเนินงานในแต่ละระบบนอกจากจะต้องสอดคล้องประสานแล้ว สิ่งสำคัญที่จะต้องเน้นมากที่สุด คือ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

ความตั้งใจ และการมีส่วนร่วมของทุก ๆ ฝ่าย สิ่งดังกล่าวจะต้องเกิดจากความคิด และความต้องการที่จะแก้ปัญหอย่างจริงจังนั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ครอบครัวควรมีบทบาท และหน้าที่สำคัญ ในการให้การสนับสนุน ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ การยอมรับยกย่อง ความรัก ให้ความ และรับฟังคำปรึกษาของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรให้ความเมตตา ปกปิด จนเป็นการปิดกั้นศักยภาพของผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว ควรได้รับการสนับสนุนให้รวมกลุ่มทางสังคม เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อได้ใช้ชีวิตอย่างปกติสุข และเป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมให้มากที่สุด การรวมกลุ่มของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดแบบแผนการกระทำ ที่จะส่งเสริมการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม เพื่อสร้างโอกาสในการปกป้องสิทธิของตนเองอย่างมีพลังและสร้างสรรค์

1.3 โรงพยาบาลทั่วไปควรพัฒนา ระบบบริการให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ มีการบำบัดรักษาฟรีเป็นบางส่วน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อคุณภาพชีวิต

1.4 เมื่อผู้ป่วยมีอาการมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รัฐบาล หรือเอกชน ควรมีสถานบำบัด รักษา เช่น จัดตั้งเป็นนิคมโรคเอดส์ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

2.1 นำรูปแบบ “พีรามิดการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว” ไปใช้จริง และประเมินผลต่อไป

2.2 นำรูปแบบที่ค้นพบจากการวิจัยนี้ ไปศึกษาและทดลองใช้ในสถานการณ์อื่น เช่น เริ่มใช้รูปแบบนี้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ที่ยังไม่ได้ผ่านการให้คำปรึกษา หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กองโรคเอดส์. (2536). องค์การอนามัยโลกประมาณการโรคเอดส์.
ข่าวสารโรคเอดส์, 6(2), 1.

———. (2536). สถานการณ์โรคเอดส์. ข่าวสารโรคเอดส์,
6(14), 4.

กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2537). แนวทางด้านสังคมในการส่งเสริม
การอยู่ร่วมกันของคนไทยยุคเอดส์ ใน รวมบทบรรยายการสัมมนาระดับชาติเรื่อง
โรคเอดส์ ครั้งที่ 4 (หน้า 55-67). กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

ชินวุธ สุนทรสีมะ. (2535). ความสำเร็จและความสุขของบัณฑิต :
หลักธรรมของผู้ปกติ คิดดี พูดดีและทำกาที่ดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
พรสิริการพิมพ์.

นิโรธรังสี คัมภีรปัญญาจารย์, พระ. (2530). ถึงโลกถึงธรรม.
หนองคาย: วัดหินหมากเป้ง ศรีเชียงใหม่.

แน่นน้อย ช่านวาริ. (2537). สิ่งเร้าความเครียด ความเครียด และการ
เผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ ใน เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่องโรค
เอดส์ครั้งที่ 4 (หน้า 88-99). กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข.

พวงทิพย์ ชัยภินาสฤๅษดี และคณะ. (2534). แบบแผนจิตสังคมของ
ชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ : กรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

มัลลิกา ตั้งเจริญ และแจ่มจิต เทพนามวงศ์. (2537). ความสามารถในการ
ดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอดส์ ใน เอกสารประกอบการสัมมนา
วิชาการเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 4. (หน้า 76). กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กระทรวง
สาธารณสุข.

วัฒนา โยธาใหญ่. (2538). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิง
อาชีพพิเศษหลังทราบผลติดเชื้อ HIV. ใน รวมบทความการประชุมวิชาการประชากร
ศาสตร์แห่งชาติ 2538. กรุงเทพฯ: สมาคมนักประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมชัย จิรโรจน์วัฒน์ และคณะ. (2533). พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ และผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม ของชาย-หญิงบริการที่ติดเชื้อ เอ็ดส์ ในเขตเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี. ชลบุรี: สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 3.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). เครื่องชี้ภาวะสังคม 2535. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุธี ลีอักษร และคณะ. (2530). โรคเอ็ดส์กับงานสาธารณสุขระดับ โรงพยาบาล. ตาสินสาร, 5(กรกฎาคม-ธันวาคม), 246-255.

สุรพล สุวรรณกุล. (2533). โรคเอ็ดส์. รายงานการประชุมวิชาการ ประจำปีที่ 6 ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เมติคัล มีเดีย.

Agresti, A., & Finlay, B. (1986). Statistical methods for the social sciences. San Francisco: Dallen Publishing.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Rev. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (1995). Publication Manual of the American Psychological Association (4th ed.). Washington DC: Author.

Cobb, S. (1979). Social support and health through the life course. In M.W. Riley (Ed.), Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives (pp. 93-106). Colorado: Westview Press.

Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing (5th ed.). New York: Harper Collins.

Cronenwett, L. R. (1984). Relationships among social network structure, perceived social support and psychological outcomes of pregnancy. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan.

Driever, M. J. (1976). Development of self-concept. In N. Z. Perley (Ed.), Introduction to nursing: An adaptation model (pp. 169-191). New Jersey: Prentice-Hall.

Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. American Psychologist, 33(2), 138-147.

- Hilbert, G. A. (1984). Spouse support and myocardial infarction patient compliance. Nursing Research, 34(4), 217-220.
- Lin, N., et al. (1985). Social Support, Stressful Life Event, and Illness : A Model and Empirical Test. Journal of Health and Social Behavior, 20(6), 108-119.
- Maj, M., et al. (1994). WHO neuropsychiatric AIDS study, Cross-sectional phase I. Archives of General Psychiatry, 51, 39-49.
- Marcus, A. C. (1995). Antiretroviral Therapy : State of the Art. Symposium Report, (14 December), 1-4.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1962). A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry, 134, 382-389.
- Palmore, E., & Luikart, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. Journal of Health and Social Behavior, 13(3), 68-80.
- Rogers, C. R. (1951). Client-Centered Theory. Boston: Houghton Mifflin.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1983). Principle and practice of psychiatric nursing. 2nd ed. London: The C. V. Mosby.
- Third International Conference on AIDS in Asia and Pacific. (1995) The Fifth National AIDS Seminar in Thailand, September 17-21, 1995. Chiangmai: Pang Suan Kaew Hotel.
- Tyson, P. D. & Pongruengphant, R. (1995). Mood Assessment Tool. Unpublished material.

ภาคผนวก

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้ป่วย

เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว
ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก”

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของท่าน เพื่อนำมาศึกษาหารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต คำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะรักษาไว้เป็นความลับ และจะรายงานผลเป็นกลุ่ม จึงขอให้ท่านได้ตอบตามความเป็นจริง

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ตอน

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกรู้สึกนึกคิด
- ตอนที่ 3 แบบวัดอัตมโนทัศน์
- ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว
- ตอนที่ 5 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละตอนให้เข้าใจก่อนถามกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ให้ครบทุกตอนและทุกข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

รองศาสตราจารย์ เขาวลักษณ์ บรรจงปรุ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณา พงษ์เรืองพันธุ์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ ปี

3. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียน

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษา/ปวช.

4. อนุปริญญา/ปวส

5. อื่นๆ

4. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. คู่

3. หม้าย

4. หย่า

5. มีรายได้เดือนละ บาท

6. จำนวนสมาชิกที่ให้ความช่วยเหลือท่าน คน

7. สถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน และสามารถไปรับบริการได้สะดวก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ไม่มี

2. สถานีอนามัย

3. โรงพยาบาลชุมชน

4. โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์

5. โรงพยาบาลเอกชน

6. ร้านขายยา

7. อื่นๆ

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกนึกคิด (Mood Assessment Scale) Tyson, P. D. & Pongruengphant, R.

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ความรู้สึกของท่านเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

คำถาม	เกิดขึ้น	เกิดขึ้น	เกิดขึ้น	เกิดขึ้น	ไม่ เคย เกิดขึ้น
	ตลอด เวลา	บ่อย มาก	บ่อย	บาง ครั้ง	
1. ซาดความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมประจำวัน					
2. นอนหลับยาก หรือตื่นนอนลำบาก					
3. เห็นคุณค่าของเพื่อน, คนรัก, และครอบครัว					
4. รู้สึกไร้ความหมาย ไร้คุณค่า หรือซาดคนช่วยเหลือ					
5. เบื่ออาหาร หรือไม่อยากรับประทานอาหารเลย					
6. ภาควุมีใจที่มีชีวิตอยู่					
7. รู้สึกเหมือนกับว่าไม่ได้ทำอะไรสักอย่างเดี่ยวเลย					
8. รู้สึกอ่อนคลาย, จิตใจสงบ, หรือพอใจในสิ่งที่มีอยู่					
9. รู้สึกหงุดหงิด, ผิดหวัง, หรือซาดความอดทน					
10. สนุกสนานกับชีวิตและบุคคลรอบข้าง					
11. ไม่สนใจเรื่องเพศ หรือมีความต้องการทางเพศน้อย					
12. หลีกเลี่ยงการอยู่กับเพื่อน, คนรัก, หรือครอบครัว					
13. รู้สึกเหนื่อยล้า หรือหมดแรง					
14. ซาดสมาธิ หรือความคิดที่แจ่มกระจ่าง					
15. รู้สึกว่าแข็งแรงหรือมีพลัง					
16. คิดฆ่าตัวตาย หรืออยากตาย					
17. มีความหวังในชีวิต และบุคคลทั่วไปมากขึ้น					

ตอนที่ 3 แบบวัดอัตมโนทัศน์ (ตามแนวคิดของ Driever, 1976: 232-242)

คำถาม	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่
	มากที่สุด	มาก	บางส่วน	น้อย	เป็นจริงเลย
ก. ด้านร่างกาย					
1. คุณพอใจในรูปร่างลักษณะของคุณดังที่เป็นอยู่					
2. คุณรู้สึกว่าร่ากายของคุณเคลื่อนไหวช้าไม่คล่องแคล่ว					
3. คุณยังมีร่างกายแข็งแรง					
4. คุณคิดว่าสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้คุณไม่มีความสุข					
ข. ด้านศีลธรรมจรรยา					
5. คุณเป็นคนดีคนหนึ่ง					
6. คุณควรจะไปเข้าวัดมากกว่านี้					
7. คุณปฏิบัติตัวตามหลักศาสนาเป็นประจำ					
8. คุณคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นี้เกิดจากผลกรรมที่คุณทำมา					
ค. ด้านความสม่ำเสมอในตนเอง					
9. แม้คุณจะเป็นโรคเอดส์แต่คุณก็สามารถทำงานได้เหมือนแต่ก่อน					
10. คุณต้องการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยส่วนตัวบางอย่าง เพื่อให้สอดคล้องกับการรักษา					
11. คุณสามารถควบคุมอารมณ์ได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพการณ์ใด ๆ					
12. การเจ็บป่วยทำให้คุณมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม					
ง. ด้านความคาดหวัง					
13. การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมอาการของโรคได้					
14. คุณหวังว่าอาการของโรคจะไม่รุนแรงขึ้นอีก					
15. การเจ็บป่วยจะทำให้การดูแลตนเองดีขึ้น					
16. คุณไม่อยากคาดหวังอะไรในชีวิต					

คำถาม	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่
	มากที่สุด	มาก	บางส่วน	น้อย	เป็นจริงเลย
จ. ด้านการยอมรับในคุณค่าของตนเอง					
17. คุณเป็นคนสำคัญของเพื่อนๆ					
18. ผู้อื่นเห็นความสามารถของคุณน้อยลงเพราะความเจ็บป่วย.....					
19. คุณเกลียดตัวเอง					

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว

คำถาม	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่
	มากที่สุด	มาก	บางส่วน	น้อย	เป็นจริงเลย
ก. ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์					
1. ครอบครัวของคุณให้กำลังใจแก่คุณในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่					
2. ครอบครัวของคุณแสดงความรักเอาใจใส่และห่วงใยคุณ					
3. คุณรู้สึกอบอุ่นใจ และปลอดภัยเมื่ออยู่กับครอบครัว					
4. เมื่อคุณไม่สบายใจ ครอบครัวของคุณสามารถช่วยให้คุณคลายความวิตกกังวล หรือความไม่สบายใจนั้นๆ ได้					
ข. ด้านการตอบสนอง การยอมรับยกย่อง และมิู้เห็นคุณค่า					
5. คุณยังเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อครอบครัว					
6. คุณได้รับการยอมรับจากครอบครัวว่า คุณยังคงสามารถทำงานที่เคยทำได้					

คำถาม	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง บาง ส่วน	เป็นจริง น้อย	ไม่ เป็นจริง เลย
7. คุณมีส่วนในการตัดสินใจเมื่อมีปัญหาภายในครอบครัวเกิดขึ้น					
8. ครอบครัวของคุณยกย่องคุณในสังคมว่า คุณเป็นคนมีส่วนสำคัญในครอบครัว					
ค. ด้านการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม					
9. คุณทราบความเป็นไปของบุคคลรอบข้าง หรือเพื่อนบ้าน จากคนในครอบครัวของคุณ					
10. ครอบครัวของคุณเห็นด้วยกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของคุณ					
11. เมื่อมีงานบุญต่าง ๆ ครอบครัวของคุณมักจะช่วยงานในนามของคุณด้วย					
ง. ด้านการช่วยเหลือให้ข้อมูลข่าวสาร					
12. ครอบครัวของคุณมักชักชวนให้คุณอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการทีวีเพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคเอดส์					
13. ครอบครัวของคุณพูดคุยกับคุณเสมอเมื่อได้รับทราบความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคที่คุณป่วย					
14. ครอบครัวของคุณคอยเตือนเกี่ยวกับการมาตรวจตามที่แพทย์นัด					
15. คุณมักจะปรึกษากับครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม					
จ. ด้านการช่วยเหลือเงินทอง สิ่งของ แรงงาน					
16. ในระหว่างที่คุณเจ็บป่วยหากมีปัญหาทางการเงิน ครอบครัวของคุณมักให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหานี้ได้					
17. เมื่อคุณมีอาการผิดปกติหรือต้องมาพบแพทย์ ครอบครัวของคุณมักจะมาเป็นเพื่อน					
18. ครอบครัวของคุณเป็นผู้คอยดูแลให้คุณรับประทานยาตามแพทย์สั่ง					

คำถาม	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง บาง ส่วน	เป็นจริง น้อย	ไม่ เป็นจริง เลย
19 ครอบครัวของคุณเป็นผู้คอยดูแลให้คุณออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					
20. ครอบครัวของคุณเป็นผู้คอยดูแลให้รับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย					

ตอนที่ 5 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

คำถาม	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง บาง ส่วน	เป็นจริง น้อย	ไม่ เป็นจริง เลย
ก. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต					
1. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะต้องรับประทานยา					
2. คุณรู้สึกพอใจในสุขภาพของคุณ					
3. การเจ็บป่วยทำให้คุณต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น					
4. คุณรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ภายในบ้านของคุณ					
ข. ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น					
5. ครอบครัวของคุณไม่ค่อยมีเวลาที่จะรับฟังสิ่งที่ คุณพูดคุย					
6. เพราะการเจ็บป่วยทำให้คุณรู้สึกถึงคุณค่าของ ครอบครัว					
7. เพื่อนของคุณแสดงการห่วงใยได้ถามในอาการ เจ็บป่วยของคุณ					
8. คุณรู้สึกว่าอยู่ในโลกนี้เพียงคนเดียว					
ค. ด้านกิจกรรมในสังคม					
9. คุณพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน หรือสังคม					
10. การเจ็บป่วยทำให้คุณรู้สึกว่าตัวเองเป็น ภาระสังคม					

คำถาม	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง มาก	เป็นจริง บาง ส่วน	เป็นจริง น้อย	ไม่ เป็นจริง เลย
11. คุณเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นที่ต้องการความช่วยเหลือจากท่าน					
12. คุณรู้สึกพึงพอใจที่มีอิสระในการใช้ชีวิตส่วนตัว					
ง. ด้านการพัฒนาตนเอง					
13. คุณรู้สึกพอใจที่ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรคของคุณ					
14. คุณพอใจที่สามารถดำเนินชีวิตได้ โดยอาการของโรคไม่รุนแรงขึ้น					
15. คุณพอใจและภูมิใจในผลงานที่คุณปฏิบัติ					
16. คุณใช้ความสามารถของคุณปฏิบัติภารกิจ การงานให้ประสบความสำเร็จได้.....					
จ. ด้านสิ่งแวดล้อม					
17. การเจ็บป่วยทำให้คุณไม่สามารถไปงานรื่นเริงได้					
18. คุณพอใจที่ได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสมกับสภาพ					
19. เมื่อคุณมีเวลาว่างคุณสามารถทำงานอดิเรกที่คุณชอบได้					
20. คุณไม่มีเวลาพักผ่อนเลยเนื่องจากอาการของโรคกำเริบอยู่ตลอดเวลา					

**แบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย
เรื่อง รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจ
ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว
ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก**

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของท่าน เพื่อนำมาศึกษาหารูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต คำตอบที่ได้ผู้วิจัยจะรักษาไว้เป็นความลับ และจะรายงานผลเป็นกลุ่ม จึงขอให้ท่านได้ตอบตามความเป็นจริง

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว
- ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว

ผู้สัมภาษณ์โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละตอนให้เข้าใจก่อนถามกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ให้ครบทุกตอนและทุกข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

รองศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ บรรจงปรุ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา/ปวช.	<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.
<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่า
5. มีรายได้เดือนละ บาท
6. ความผูกพันกับผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> 1. ภรรยา	<input type="checkbox"/> 2.สามี
<input type="checkbox"/> 3.ญาติ	<input type="checkbox"/> 4. บิดา
<input type="checkbox"/> 5. มารดา	<input type="checkbox"/> 6. บุตร
<input type="checkbox"/> 7. เพื่อน	<input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ

ตอนที่ 2 แบบวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย \surd ในช่องที่ความรู้สึกของท่านเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

คำถาม	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่ เป็นจริง เลย
	มาก ที่สุด	มาก	บาง ส่วน	น้อย	
1. ไม่สบายใจที่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย.....					
2. กังวลกับฐานะและเศรษฐกิจของครอบครัว					
3. พอใจที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่					
4. สนุกสนานกับชีวิตและสังคมได้ตามปกติ					
5. คิดว่าครอบครัวไม่ปลอดภัย					
6. สามารถทำใจให้สงบและพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่					
7. พอใจที่ได้แสดงความกตัญญูเพื่อตอบแทนคุณ ผู้ป่วย					
8. คิดว่าเป็นบาปและไม่เป็นธรรมสำหรับครอบครัว					
9. ไม่มีเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ					
10. ปรับตัวเข้ากับเพื่อนบ้านและสังคมไม่ได้					
11. อยากเห็นผู้ป่วยหายจากโรค					

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามความเป็นจริงที่ท่านได้ให้การสนับสนุน
แก่ผู้ป่วย

คำถาม	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	เป็นจริง	ไม่
	มากที่สุด	มาก	บางส่วน	น้อย	เป็นจริง เลย
1. คุณให้ความรัก ความเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วย					
2. คุณไม่มีเวลาพอที่จะรับฟังค					
3. คุณให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษาสุขภาพและ ต่อสู้ชีวิตต่อไป					
4. คุณหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารและพูดคุย กับผู้ป่วย					
5. คุณยินดีให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญในการ ตัดสินใจเรื่องของครอบครัว					
6. คุณแนะนำและจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยไป ด้อ่านหนังสือ ฟังรายการวิทยุและโทรทัศน์เพื่อ เพิ่มพูนความรู้ ทางด้านการดูแลสุขภาพ					
7. คุณพูดคุยกับผู้ป่วยเสมอเพื่อได้รับความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรค					
8. คุณดูแลและคอยเตือนให้ผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพ ตามนัดเสมอ					
9. คุณให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อมีปัญหา					
10. คุณดูแลหรือเตือนให้ผู้ป่วยกินยาและอาหาร ที่มีประโยชน์					
11. คุณเตือนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					
12. คุณชักชวนผู้ป่วยให้ไปวัดทำบุญ					

แบบสัมภาษณ์ลึก
ด้านสุขภาพจิต และอัตมโนทัศน์

แนวทางในการสัมภาษณ์ลึก เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิตเพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก”

คำถามหลัก 1 ปัจจุบันคุณมีความรู้สึกวิตกกังวล หรือไม่สบายใจเรื่องอะไรมากที่สุด

คำถามเสริม 1.1 อะไรเป็นสาเหตุ
1.2 ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น

คำถามหลัก 2 คุณปฏิบัติอย่างไรเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ

คำถามเสริม 2.1 ใครสามารถทำให้คุณสบายใจได้
2.2 คุณช่วยตนเองอย่างไร?
2.3 คุณให้ผู้อื่นช่วยอย่างไร?

คำถามหลัก 3 คุณคิดจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร?

คำถามเสริม 3.1 ใครเป็นคู่คิดที่ดีของคุณ
3.2 เขาทำอย่างไร?
3.3 คุณจะทำอย่างไรต่อไป

คำถามหลัก 4 คุณคิดว่าหน่วยงานเอกชน และหน่วยงานของรัฐ ควรมีบทบาทช่วยเหลืออย่างไร?

คำถามเสริม 4.1 ชื่อหน่วยงานที่คุณต้องการ
4.2 กิจกรรมที่คุณต้องการ

คำถามหลัก 5 คุณจะดำเนินชีวิตให้มีประโยชน์อย่างไร?

คำถามเสริม 5.1 คุณจะทำประโยชน์อะไร?

5.2 คุณจะทำให้แก่ใครบ้าง?

คำถามหลัก 6 การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน คุณทำอย่างไร?

คำถามเสริม 6.1 คุณยึดหลักอะไร?

6.2 คุณยังคงทำงานประจำวันเหมือนเดิม

6.3 คุณยังคงทำหน้าที่ทุกอย่างเหมือนเดิม

คำถามหลัก 7 คุณมีความภาคภูมิใจในตนเองเรื่องอะไรบ้าง?

คำถามเสริม 7.1 เพราะเหตุใด?

7.2 ทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น

คำถามหลัก 8 คุณโกรธสังคมและอยากแก้แค้นเรื่องอะไรบ้าง?

คำถามเสริม 8.1 เพราะเหตุใด?

8.2 ทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น

วิธีการใช้คู่มือ

คู่มือชุดนี้รวบรวมขึ้นเพื่อประโยชน์ในการผ่อนคลายความกังวลใจ พร้อมเป็นเพื่อนยามว่าง ช่วยฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง และฝึกสมาธิให้มีความถึงพร้อมที่จะดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขทุกวัน ขอให้ผู้ใช้คู่มือได้ปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

1. อ่านหนังสือเรื่อง “รู้-เห็นเป็นขั้นในใจ” และเรื่อง “หินลับปัญญา”
2. ฟังเทปชุดที่ 1 “คำสอนวิปัสสนา” ม้วน 1 และม้วน 2 เมื่อได้อ่านหนังสือเรื่อง “รู้-เห็นเป็นขั้นในใจ” และเรื่อง “หินลับปัญญา” แล้ว
3. อ่านหนังสือเรื่อง “คู่มือการปฏิบัติธรรม” พร้อมฝึกหัดการสวดมนต์ และฝึกสมาธิด้วยตนเอง

4. ฟังเทปชุดที่ 2 “วิกฤต...สุดท้าย ร.พ.ศิริราช” ช่วยให้เข้าใจว่าชีวิตทุกคนมีค่า

5. หากมีปัญหาหรือข้อแนะนำประการใด โปรดติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำคู่มือชุดนี้มามอบให้แก่คุณ

ผู้รวบรวมคู่มือขอกราบอาราธนาคุณพระรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสากลโลก โปรดช่วยให้คุณและครอบครัวมีความสุขและปราศจากความวิตกกังวลใดๆ ทั้งสิ้น ฟังระลึกเสมอว่า “มนุษย์ทุกคนเกิดมา ย่อมมีความทุกข์ด้วยกันทั้งนั้น ผู้ฉลาดย่อมแสวงหาทางพ้นทุกข์ จึงจะมีความสุขอย่างแท้จริง”

ขอบคุณ

(สำเนา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
บางแสน ชลบุรี 20131

กันยายน 2538

เรื่อง ขอเชิญประชุมเพื่อปรึกษาหารือ

เรียน ท่านผู้มีเกียรติที่รัก

ด้วยคณะกรรมการวิจัยในโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว” จะจัดประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ประสบอยู่

คณะกรรมการวิจัยจึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว ในวันเสาร์ที่ 9 กันยายน 2538 เวลา 9:00-12:30 น. ณ ตึกตรวจคนไข้ออก โรงพยาบาลชลบุรี โดยมีกำหนดการ ดังนี้

- 09:00-09:30 น. ลงทะเบียน
- 09:30-10:00 น. รับประทานอาหารว่างร่วมกัน
- 10:00-11:30 น. ประชุมกลุ่มย่อย
- 11:30-12:30 น. รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

คณะกรรมการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และพบกันตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(รศ.เขาวลัทธิ บวรจงปรี)
หัวหน้าโครงการวิจัย

(สำเนา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
บางแสน ชลบุรี 20131

กันยายน 2538

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ช่วยนักวิจัย

เรียน

ด้วยคณะกรรมการวิจัยในโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวโรคเอดส์” จะจัดประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยประมาณ 20 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความทุกข์ใจและความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ประสบอยู่

คณะกรรมการวิจัยได้พิจารณาเห็นว่า ท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมในการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อช่วยในการสังเกตการณ์ในการประชุมกลุ่มย่อย และอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ช่วยนักวิจัยโดยทำหน้าที่ดังกล่าว ในวันเสาร์ที่ 9 กันยายน 2538 เวลา 9:00-12:30 น. ณ ตึกตรวจคนไข้นอกโรงพยาบาลชลบุรี โดยมีกำหนดการ ดังนี้

- | | |
|----------------|------------------------------|
| 09:00-09:30 น. | ลงทะเบียน |
| 09:30-10:00 น. | รับประทานอาหารว่างร่วมกัน |
| 10:00-11:30 น. | ประชุมกลุ่มย่อย |
| 11:30-12:30 น. | รับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน |

คณะกรรมการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านเป็น

อย่างดี

ขอแสดงความนับถือ

(รศ.เขาวลัทธิ บวรจงปฐ)

หัวหน้าโครงการวิจัย

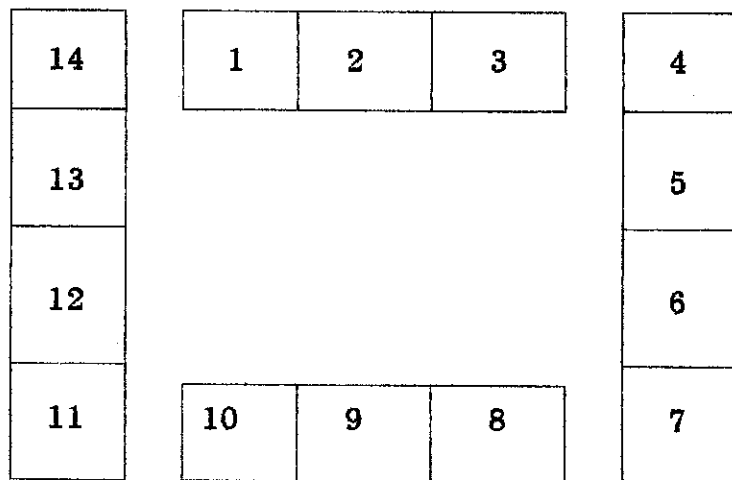
โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว
แนวทางการประชุมกลุ่มย่อย วันเสาร์ที่ 9 กันยายน 2538 10:00-11:30 น.
ณ แผนกตรวจคนไข้นอก โรงพยาบาลชลบุรี

- 10:00 น. - แบ่งกลุ่มญาติและผู้ป่วยเพื่อประชุมกลุ่มย่อย
 - ผู้นำกลุ่มแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ในการประชุม
 - สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง (ใช้ชื่อสมมติได้)
- 10:10 น. ผู้นำกลุ่มเริ่มต้นนำกลุ่มในประเด็นต่าง ๆ เพื่อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ (ประเด็นละประมาณ 10 นาที)
1. ปัญหาสุขภาพอนามัย
 2. ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม
 3. ปัญหาครอบครัว การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว
 4. ปัญหาด้านจิตใจ ความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ
 5. ความฝันอันสูงสุด
 6. ความต้องการให้สังคมและราชการสนับสนุนช่วยเหลือ
- 11:10 น. ให้สมาชิกทุกคนพูดแสดงออกว่า ได้รับอะไรจากการประชุมกลุ่มย่อยครั้งนี้ (คนละ 1-2 นาที)
- 11:30 น. ผู้นำกลุ่ม กล่าวสรุป และขอบคุณ

แบบการสังเกต
การประชุมกลุ่มย่อย ณ โรงพยาบาลชลบุรี
วันเสาร์ที่ 9 กันยายน 2538

1. **ชื่อโครงการ** “การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว”
2. **วัตถุประสงค์** เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว คลายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ประสบอยู่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ครอบครัวผู้ป่วย
3. **แผนผังที่นั่งประชุมกลุ่ม**



นามสมมติ

- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1. | 2. | 3. | 4. |
| 5. | 6. | 7. | 8. |
| 9. | 10. | 11. | 12. |
| 13. | 14. | | |

5. บรรยากาศของกลุ่ม (เช่น เครียด เป็นกันเอง ยิ้มแย้ม สนุกสนาน เอื้ออาทร ลังเล ปกปิด ไม่กล้าบอกความจริง น่าเบื่อหน่าย ฯลฯ)

หมายเลข

พฤติกรรมที่สังเกตได้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. สรุปประเด็นที่น่าอภิปรายกลุ่ม (ในภาพรวม)

6.1 ปัญหาสุขภาพ.....

.....

6.2 ปัญหาเศรษฐกิจ สังคม.....

.....

6.3 ปัญหาครอบครัว.....

.....

6.4 ปัญหาจิตใจ.....

.....

6.5 ความฝันอันสูงสุด.....

.....

6.6 ความต้องการให้สังคมและราชการสนับสนุน.....

.....

โครงการ : การพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วันพุธที่ 11 ตุลาคม 2538 เวลา 11:00-13:30 น.

ณ โรงพยาบาลชลบุรี

ผู้เข้าร่วม	ขอใช้นามว่า	อาชีพ	ที่อยู่	โทรศัพท์
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

ผู้เข้าประชุม	ขอใช้นามว่า	อาชีพ	ที่อยู่	โทรศัพท์
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				
45.				

ที่ ทม. 2003/

(สำเนา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ตุลาคม 2538

เรื่อง ขอความร่วมมือในการจัดประชุมกลุ่ม

เรียน ประธานสภาตำบลบางบุตร จังหวัดระยอง

ตามที่องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาเห็นชอบอนุมัติ ให้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทำวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก” โดยมีรองศาสตราจารย์เขาวลักษณะ บรรจงปรุ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พงษ์เรืองพันธุ์ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ซึ่งส่วนหนึ่งได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขณะนี้กำลังอยู่ในระหว่างขั้นดำเนินการจัดประชุมกลุ่มสภาตำบลเพื่อระดมแนวคิดด้านความรับผิดชอบของสังคม ในการนี้คณะผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือกกรรมการสภาตำบลบางบุตร ซึ่งมีความเหมาะสมที่เป็นตัวแทนของสภาตำบลชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเป็นอย่างยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการจัดประชุมกลุ่มกรรมการสภาตำบลบางบุตร และขอความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่จัดประชุมในครั้งนี้ด้วย ขอขอบพระคุณยิ่งในความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี

ขอแสดงความนับถือ

(รศ.พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์ โทรสาร 390462

(สำเนา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

พฤศจิกายน 2538

เรื่อง ขอขอบคุณ

เรียน พ.ต.ต. อรรถสิทธิ์ กิจจาหาญ

ตามที่ท่านได้กรุณาสละเวลาของท่านให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแล และ
ป้องกันการแพร่เชื้อโรคเอดส์ในชุมชน เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2538 เวลา 11:45-
12:00 น. โดยมี รศ.เขาวลัักษณ์ บรรจงปรุ ผศ.ดร. เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ และนาย
ประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์ เป็นผู้สัมภาษณ์นั้น ทางคณะผู้ดำเนินการวิจัยขอขอบคุณใน
ความร่วมมือของท่านครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้ดำเนินการวิจัยจะนำความคิดเห็นของท่าน ใช้เป็นข้อมูลในการราย
งานการวิจัยเพื่อกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโรคเอดส์ต่อไป อันจะเป็น
ประโยชน์อย่างยิ่งต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและประเทศชาติสืบไป

คณะผู้ดำเนินการวิจัยขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(รศ.เขาวลัักษณ์ บรรจงปรุ)
หัวหน้าโครงการวิจัย

ที่ ทม. 2003/

(สำเนา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

พฤศจิกายน 2538

เรื่อง ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัย

เรียน

ตามที่ คณะกรรมการขององค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร อ.บ้านค่าย จ.ระยอง ได้ให้ความร่วมมือในการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรวบรวมความคิดเห็นเป็นข้อมูลการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก” โดยมี รองศาสตราจารย์ เขียวลักษณ์ บรรจงปรุ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณา พงษ์เรืองพันธ์ เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ ซึ่งได้มาขอความอนุเคราะห์จากท่าน และคณะกรรมการในองค์การของท่าน เมื่อวันที่ 25 ตุลาคม 2538 นั้น

คณะพยาบาลศาสตร์ ขอขอบคุณที่ท่านและคณะกรรมการให้การต้อนรับและให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยจะได้รวบรวมความคิดเห็นของท่านไว้ในรายงานการวิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา และช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(รศ. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์ โทรสาร 390462

ที่ ทม. 2003/

(สำเนา)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

พุดศจิกายน 2538

เรื่อง ขอขอบคุณ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย สรุปผลการทำกิจกรรม Group Discussion

ด้วยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มีโครงการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว ในพื้นที่พัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก” ในการนี้คณะกรรมการวิจัย ได้ทดลองโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัวโรคเอดส์” โดยจัดประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 18 คน ซึ่งมารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชลบุรี และมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว คลายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ ประสบอยู่ ในการนี้ได้รับความเอื้อเฟื้อและสนับสนุนจากแพทย์หญิงจุรีรัตน์ และทีม พยาบาลเป็นอย่างดี

บัดนี้คณะกรรมการวิจัยได้ดำเนินการเสร็จสิ้นตามวัตถุประสงค์แล้ว จึง ขอส่งผลการทำกิจกรรม Group Discussion เพื่อทางโรงพยาบาลชลบุรีและผู้เกี่ยวข้อง จะได้พิจารณาดำเนินการในส่วนที่สามารถทำได้ ให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการดูแล รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งมารับการรักษาตัว ณ โรงพยาบาลชลบุรีต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(รศ. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์ โทรสาร 390462

สรุปผลการทำกิจกรรม Group Discussion
สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นโรคเอดส์
ณ โรงพยาบาลชลบุรี

คณะกรรมการวิจัยในโครงการ “ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยและครอบครัว” ได้จัดประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความทุกข์ใจ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่น ๆ ที่ประสบอยู่ มีผู้ป่วยและครอบครัวเข้าร่วมโครงการนี้รวม 18 คน ชาย 12 คน หญิง 6 คน โดยได้ดำเนินการรวม 3 ครั้ง ระหว่างวันที่ 9 กันยายน 2538-18 ตุลาคม 2538 ณ ตึกผู้ป่วยนอก และห้องประชุมเล็กชั้น 4 โรงพยาบาลชลบุรี

ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสบายใจ มีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้น เมื่อได้พบปะสังสรรค์กับผู้ที่ประสบปัญหาประเภทเดียวกัน และได้แบ่งปันข้อมูลและประสบการณ์ให้กันและกัน

ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว สรุปได้ดังนี้

1. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนรู้และเข้าใจในโรคเอดส์อย่างแท้จริง ทั้งการติดต่อ การป้องกัน และการอยู่ร่วมกันในสังคม ดีกว่าให้ประชาชนรับรู้เพียงบางส่วนหรือรับรู้จากผู้ที่ไม่มีความรู้อย่างแท้จริง และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วจึงรักษาซึ่งสิ้นเปลืองทั้งเศรษฐกิจ รวมทั้งกำลังคนที่มีคุณภาพอยู่ในวัยทำงาน โดยยังไม่มียารักษาที่ได้ผล

2. ขอให้สังคมยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจ

3. ขอให้มึหน่วยงานหรือองค์กรพิเศษ เพื่อดูแลให้ความอนุเคราะห์ผู้ป่วยเหล่านี้ เช่นเดียวกับสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้า สถานสงเคราะห์คนชรา

4. ขอให้จัดที่อยู่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และมีการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสุดท้ายของชีวิต (จัดเป็นนิคมเช่นเดียวกับนิคมโรคเรื้อน)

5. ต้องการความช่วยเหลือด้านค่าครองชีพระหว่างเจ็บป่วย

6. ต้องการการดูแลรักษาฟรีเมื่อเจ็บป่วย
7. ควรออกใบนัดแพทย์โดยไม่มีสัญลักษณ์ “AZT” ซึ่งใช้รักษาโรคเพราะทำให้ทุกคนรู้ว่าตนเป็นโรคเอดส์
8. ควรจัดคลินิกพิเศษในวันอาทิตย์ด้วย เพื่อไม่ต้องลางานมาตามนัดบ่อยๆ จนนายจ้างสงสัย เพราะร่างกายดูแข็งแรงสมบูรณ์ดีสามารถทำงานได้ตามปกติ แต่ทำไมต้องลาป่วยไปหาแพทย์เป็นประจำ
9. ห้องตรวจและห้องรอตรวจควรกว้างขวาง มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ซึ่งสภาพปัจจุบันห้องตรวจติดเครื่องปรับอากาศและคับแคบ อาจมีการติดเชื้อหรือการแพร่เชื้อกันเองจากโรคต่างๆ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางเดินหายใจ
10. ควรจัดให้มีการประชุมกลุ่มย่อยเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปลอบใจซึ่งกันและกันในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกับการทำกิจกรรมเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

รศ.เยาวลักษณ์ บรรจงปรุ หัวหน้าโครงการวิจัย
 ผศ.ดร.เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ นักวิจัย
 นายประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์ นักวิจัย

18 ตุลาคม 2538

**แนวทางการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน
เกี่ยวกับการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว HIV/AIDS**

ณ ชุมชน อ.บางปะกง จ.ฉะเชิงเทรา

8 พฤศจิกายน 2538

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์
2. ตำแหน่ง
3. อยู่ในพื้นที่มาเป็นเวลา ปี
4. หน้าที่ความรับผิดชอบหลัก

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว HIV/AIDS

1. สถานการณ์ปัจจุบันในชุมชนบางปะกงเกี่ยวกับ HIV/AIDS ตามความคิดเห็นของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการแพร่เชื้อ HIV/AIDS ในชุมชนบางปะกงคืออะไร และจะแก้ไขปัญหาได้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

3. ผู้ป่วยและญาติควรดูแลตนเองอย่างไรเมื่อเป็นโรคเอดส์

.....

.....

.....

4. ชุมชนบางปะกงควรจะดำเนินการอย่างไรบ้าง เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว HIV/AIDS

.....

.....

.....

5. หน่วยงานของรัฐควรดำเนินการให้ความช่วยเหลืออย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

6. หน่วยงานเอกชนควรดำเนินการให้การช่วยเหลืออย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

7. การให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์

7.1 วิธีการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ

- สื่อที่เหมาะสม
- ช่วงเวลาที่เหมาะสม
- รายการที่เหมาะสม

.....

7.2 การให้ความรู้

- วิธีการให้ความรู้

.....
.....
.....

- แหล่งหรือสถานที่ที่เหมาะสม

.....
- ช่วงเวลา

7.3 การป้องกัน

- มาตรการระยะสั้น

.....
.....
.....

- มาตรการระยะกลาง

.....
.....
.....

- มาตรการระยะยาว

.....
.....
.....

@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@

สรุปผลการประชุมกลุ่มย่อย

ณ ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
25 ตุลาคม 2538 เวลา 14:30-15:30 น.

ข้อมูลทั่วไป

องค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตร อยู่ห่างจากอำเภอบ้านค่าย ประมาณ 3 กิโลเมตร ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งสิ้น 7,482 คน แยกเป็นชาย 3,693 คน หญิง 3,789 คน มีจำนวนครัวเรือน 1,739 ครัวเรือน อาชีพของประชากรส่วนใหญ่ ได้แก่ การทำสวนยางพารา การทำสวนผลไม้ และการทำนา มีโรงงานอุตสาหกรรม รวม 7 แห่ง มีที่ทำการไปรษณีย์โทรเลข และมีไฟฟ้าเข้าถึงทุกหมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.14) จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีจบการศึกษาระดับปริญญาเพียงร้อยละ 1.77

ประเด็นสำคัญในการสนทนากลุ่มย่อย

1. สถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ของประชาชนในตำบลบางบุตร จาก HIV/AIDS
2. แนวคิดของคณะกรรมการบริหารตำบลบางบุตร ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็น HIV/AIDS

สรุปประเด็นที่ได้จากการประชุม

1. สถานการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประชาชนในตำบลบางบุตร มีผู้ป่วยจาก HIV/AIDS เป็นจำนวนมาก และนับวันจะมีมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีสิ่งเอื้อให้เกิดการติดเชื้อจากแหล่งแพร่ตามสถานบริการต่างๆ และแม้แต่ในหมู่บ้านเอง ได้แก่ ประชาชนในวัยทำงาน ทำงานโรงงานเป็นกะในเวลาากลางคืน และรับจ้างขับรถบรรทุก ทำให้มี

โอกาสที่ยาวกลางคืนได้มาก สำหรับในหมู่บ้านมีหญิงหม้ายที่สามีตายเนื่องจากโรคเอดส์ได้แพร่เชื้อให้กับผู้ชายในหมู่บ้านเป็นจำนวนมาก ผู้ที่ติดยาเสพติดก็แพร่เชื้อเอดส์ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้งานสังคมในหมู่บ้าน มีการจัดกิจกรรมสังสรรค์รับประทานอาหารแบบโต๊ะจีนหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพอย่างน้อยเดือนละครั้ง หลังการรับประทานอาหารกลุ่มผู้ชายจะไปเที่ยวนอกบ้านต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับพนักงานเสิร์ฟ ทำให้โอกาสการติดเชื้อจากการสำส่อนทางเพศมีเพิ่มขึ้น

2. แนวคิดในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ที่เป็น HIV/AIDS

2.1 ควรให้สังคมยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นอันดับแรก เพราะปัจจุบันสังคมในหมู่บ้านยังไม่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผย พยายามปกปิดและเครียด มีผู้ป่วยฆ่าตัวตายในหมู่บ้านเนื่องจากโรคนี้ 3 ราย

2.2 ควรเพิ่มสื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเน้นเรื่องวิธีการติดต่อในผู้ป่วยโรคเอดส์

2.3 ควรจัดให้มีนิคมโรคเอดส์ในที่ใดที่หนึ่ง ที่ทางราชการพิจารณาว่าเหมาะสม และมีการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้ป่วยเหล่านั้น

2.4 ควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเริ่มตั้งแต่ชั้นอนุบาลเพื่อให้เด็ก ๆ เริ่มเข้าใจปัญหาวิธีการป้องกัน ตลอดจนยอมรับผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย และควรเผยแพร่ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์ให้มาก ๆ เพราะเป็นสื่อที่เข้าถึงประชาชนได้ง่ายและดีที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะมีรายการที่ประชาชนสนใจมาก ๆ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น ขณะมีการแข่งขันมวยไทยทางโทรทัศน์ช่องต่าง ๆ

2.5 ควรให้ข้อมูลแก่ชุมชนว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในชุมชนนั้นมากน้อยเพียงใด และเพิ่มการแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเหล่านั้น

ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิเสธการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่ต้อนรับให้เข้าเยี่ยม

สรุปผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ณ ห้องที่อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
8 พฤศจิกายน 2538 เวลา 9:00-12:00 น.

บุคคลผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้บริหารระดับอำเภอในฝ่ายการปกครอง การสาธารณสุข การศึกษา การเกษตร และตำรวจ จำนวน 5 คน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบโดยเป็นกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับอำเภอ

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์

1. สถานการณ์ปัจจุบันในชุมชนมีกลุ่มเสี่ยงเพียง 2 กลุ่ม คือ ผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม และกลุ่มชาวประมง สำหรับผู้ป่วยที่ปรากฏอาการยังไม่พบในชุมชนแห่งนี้ แต่มีผู้เสียชีวิตที่คาดว่าตายด้วยโรคเอดส์ เนื่องจากทางโรงพยาบาลได้บรรจุศพใส่ถุงพลาสติกสีดำ

แหล่งแพร่เชื้อในชุมชนส่วนใหญ่เป็นร้านอาหาร หรือสวนอาหาร ส่วนสถานบริการทางเพศอย่างเปิดเผยไม่มี คนส่วนใหญ่ในชุมชนจะออกไปเที่ยวนอกบ้านในตัวเมือง เขตจังหวัดใกล้เคียง เช่น ชลบุรี พัทยา และฉะเชิงเทรา

ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว

1. ตัวผู้ป่วยเอง สามารถอยู่ในสังคมได้ ไม่ไปแพร่เชื้อต่อ และมีการดูแลตนเอง รักษาสุขภาพ ออกกำลังกาย พยายามยอมรับกับสภาพการเจ็บป่วย เปิดเผยให้ครอบครัวที่อยู่ในบ้านเดียวกันทราบ ยังไม่ควรให้สังคมหรือญาติผู้ห่างไกลทราบ

2. ชุมชน สนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ให้กำลังใจ อย่รังเกียจ ให้อสม. ช่วยเหลือ รวมทั้งจัดตั้งศูนย์โรคเอดส์หรือนิคม หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาตัวที่ศูนย์หรือนิคมโรคเอดส์ที่มีอยู่แล้ว ผู้ที่ยังเผยแพร่โรคควรถูกกักกันให้อยู่เฉพาะที่ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

ศูนย์โรคเอดส์หรือนิคม ควรตั้งให้ห่างไกลจากชุมชน และไม่อยู่ในชุมชนหนาแน่น (เช่น ตลาด หรือหมู่บ้าน ร้านค้า ฯลฯ)

3. หน่วยงานของรัฐ ควรมีการรักษาฟรี ให้สวัสดิการแก่ครอบครัว เผยแพร่ความรู้ ส่งทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ

ควรมีการออกหน่วยเคลื่อนที่โดยไม่เจาะจงเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์

ให้การสนับสนุนแก่ชมรมและศูนย์ที่ชุมชนตั้งขึ้น เช่น การเป็นวิทยากร การตรวจเยี่ยมรักษาที่ศูนย์

ให้การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ผลิตสื่อที่ดีมีคุณภาพ

การวางแผนการป้องกันในชุมชน

มาตรการระยะสั้น

1. เผยแพร่ความรู้ โดยการเดินรณรงค์ ทำป้ายนิเทศ จัดนักเรียนเป็นแกนนำ แข่งขันกีฬา จัดอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์

2. กิจกรรมสำคัญ แจกถุงยางอนามัยฟรีอย่างทั่วถึง ประชาสัมพันธ์โดยให้นักเรียนเขียนบทความ นำไปอ่านให้ พ่อ แม่ พี่ น้อง พี่ง เพื่อนเตือนเพื่อน ให้ข้อมูลแก่ประชาชนในหอกระจายข่าว พาไปทัศนศึกษาตามสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งของรัฐและเอกชน

มาตรการระยะกลาง

1. จัดตั้งชมรม ตั้งกองทุนด้านภัยเอดส์ในพื้นที่เสี่ยง

2. ขยายผลการจัดทำกิจกรรม และการเผยแพร่ความรู้

3. ให้มีตู้หยอดเหรียญขายถุงยางอนามัยในราคาถูก โดยมีจำนวนที่เพียงพอ และตั้งอยู่ในแหล่งที่สะดวกเหมาะสม

มาตรการระยะยาว

1. จัดตั้งชมรมด้านภัยเอดส์ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยประธานต้องมีอำนาจมี เลขาฯ ต้องมีความรู้ เทร็ดปฏิบัติต้องมีฐานะดี กรรมการมาจากแหล่งเสี่ยงแพร่เชื้อ

2. ออกกฎหมายห้ามบุคคลที่มี HIV +ve ทำงานในสถานบริการทางเพศ

3. จัดตั้งนิคมโรคเอดส์ให้อยู่ในสถานที่ที่เหมาะสม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. การเผยแพร่ความรู้ วิดีโอไม่ควรเกิน 15 นาที มีเนื้อหาสาระชัดเจน ไม่ควรเป็นการตุน ควรมีความถูกต้องแม่นยำ แผ่นปลิวไม่ควรเป็นการตุน ควรเป็นข้อความสั้น ๆ หนังสือตัวโต ๆ สื่อที่ดีที่สุดคือ โทรทัศน์ ควรให้มี spot ในรายการที่คนนิยม เช่น ก่อนการเล่นละครโทรทัศน์ขอดนียบอย่างน้อย รายการละ 1 ครั้ง
2. วิทยากร ควรเป็นวิทยากรที่มีความรู้อย่างแท้จริง

