

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลของการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการได้รับการปรึกษาและปัจจัยการรวมกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าโดยศึกษาประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการโรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยปัจจัยการได้รับการปรึกษา ปัจจัยการรวมกลุ่มซึ่งผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองและแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck, 1988) ซึ่งแปลและพัฒนาโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538) เครื่องมือที่สร้างเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ได้เท่ากับ .97 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่สภากาชาดไทยจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 30 รายแล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (coefficient alpha by conbach) ได้ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบวัดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งหมดเท่ากับ .93 แล้วนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง นำแบบสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งมีจำนวนทั้งหมด 60 คนจากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 76.7 ช่วงอายุพบมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปีร้อยละ 41.6 มีสถานภาพสมรสกลุ่มมากที่สุดร้อยละ 60 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 53.3 รองลงมาคือเกษตรกรร้อยละ 40 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดคือ 4-5 คน ร้อยละ 49.9 รองลงมา 2-3 คนร้อยละ 45 และพักอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยาและบุตรมากที่สุดร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ส่วนตัวต่อปีอยู่ในช่วงต่ำกว่า 23,000 บาทร้อยละ 80 และรายได้

ของครอบครัวต่อปี ช่วงต่ำกว่า 20, 000 บาทร้อยละ 65 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 61.7 ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทราบว่าติดเชื้อในช่วงเวลา 1-3 ปีมากที่สุด ร้อยละ 50 ตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์จำนวน 1 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 55 และส่วนใหญ่รับบริการตรวจเลือดจากสถานบริการสุขภาพเพียงแห่งเดียวร้อยละ 63 ไม่เคยรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ร้อยละ 91.7 ผู้ที่เคยรักษาจากสถานพยาบาลอื่นพบว่ามีระยะในการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น น้อยกว่า 1 ปีมากที่สุดระยะเวลาที่เริ่มรักษาที่โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่จนถึงปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ มีระยะเวลารักษาช่วง 1-3 ปีร้อยละ 66.6 มารับการรักษาบ่อยกว่า 5 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 35 ระยะของการติดเชื้อพบว่าอยู่ในระยะปรากฏอาการมากที่สุดร้อยละ 55

ส่วนที่ 2 การได้รับการปรึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกือบทั้งหมดเคยได้รับการปรึกษาร้อยละ 98.3 ส่วนใหญ่มีระยะเวลารับการปรึกษา 1-3 ปีร้อยละ 65 และมารับการปรึกษาที่โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่เพียงแห่งเดียวร้อยละ 80.4 ได้รับการปรึกษาเฉพาะรายบุคคลมากที่สุดร้อยละ 50 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยได้รับการปรึกษาทุกคนได้รับการปรึกษาอย่างต่อเนื่องโดยส่วนใหญ่มีระดับคะแนนประสพการณ์ตามกิจกรรมการได้รับการปรึกษาอยู่ในระดับสูงร้อยละ 93.2 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับประสพการณ์ตามกิจกรรมการได้รับการปรึกษาทุกครั้งทุกข้อทั้ง 13 ข้อ (13 กิจกรรม) โดยมีร้อยละ 86.4-40.7 ที่พบมากที่สุดคือ การได้รับการต้อนรับด้วยท่าทีที่อบอุ่นจากผู้ให้การปรึกษาทุกครั้งร้อยละ 86.4 รองลงมาคือการได้รับกำลังใจจากผู้ให้การปรึกษาร้อยละ 84.7 ส่วนข้อที่มีร้อยละต่ำกว่าข้ออื่น ๆ คือการที่ญาติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับคำแนะนำในเรื่องการอยู่ร่วมกันและการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 40.7

ส่วนที่ 3 การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้ทำสมาธิมากที่สุดร้อยละ 56.7 รองลงมาทำบางวัน ร้อยละ 40 ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่มและไม่ได้ร่วมกิจกรรมกลุ่มร้อยละ 50 ที่เป็นสมาชิกกลุ่ม มีจำนวนครั้งของการรวมกลุ่ม 31-50 ครั้งมากที่สุดร้อยละ 46.7 ระยะเวลาที่มารวมกลุ่มพบมากที่สุด 1-3 ปีร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มารวมกลุ่มที่โรงพยาบาลเวียงเชียงใหม่ร้อยละ 66.7 และรวมกลุ่มต่อเนื่องเกือบทั้งหมดร้อยละ 96.7 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนประสพการณ์ตามกิจกรรมการรวมกลุ่ม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 66.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นสมาชิกกลุ่มตอบว่าได้รับประสพการณ์ตามกิจกรรมการรวมกลุ่มทุกครั้งทุกข้อมากกว่าคำตอบอื่น ๆ ร้อยละ 90-50 ที่พบมากที่สุดคือ การได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกันร้อยละ 90 ส่วนข้อที่มีร้อยละต่ำกว่าข้ออื่น ๆ คือการได้ทำสมาธิร้อยละ 50

ส่วนที่ 4 ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้ารายข้อเป็นบางครั้ง 12 ข้อใน 20 ข้อ โดยมีร้อยละ 63.3- 36.7 พบมากที่สุดคือรู้สึกเศร้าร้อยละ 63.3 ร้อยละต่ำที่สุดคือนอนไม่ค่อยหลับหรือตื่นนอนเร็วกว่าเดิมร้อยละ 36.7 ส่วนอีก 3 ข้อตอบว่า บางครั้งและไม่เคยใกล้เคียงกันร้อยละ 41.7-35 ที่เหลืออีก 5 ข้อ ตอบว่าไม่เคยมีอาการหรือความรู้สึกเหล่านี้ร้อยละ 80-41.7 ที่พบมากที่สุดคือไม่เคยอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 80 รองลงมาไม่เคยโทษตัวเองสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้นร้อยละ 53.3 เมื่อจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงร้อยละ 28.3 และร้อยละ 25 (ร้อยละ 53.3)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการได้รับการปรึกษาและปัจจัยการรวมกลุ่มกับภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยการได้รับการปรึกษาได้แก่ระยะเวลาที่ได้รับการปรึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้าแต่จำนวนครั้งการปรึกษา จำนวนประเภทของการได้รับการปรึกษาและคะแนนประสบการณ์การปรึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ดังนี้ $-.423$ $-.543$ และ $-.387$ โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางและระดับค่อนข้างต่ำ ส่วนปัจจัยการรวมกลุ่มได้แก่ ระยะเวลาในการรวมกลุ่ม จำนวนครั้งการรวมกลุ่ม และคะแนนประสบการณ์การรวมกลุ่มมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$ $P < .001$ และ $P < .001$ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ดังนี้ $-.551$ $-.401$ และ $-.603$ โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

อภิปรายผลของการศึกษา

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงร้อยละ 28.3 และร้อยละ 25 (ร้อยละ 53.3) เป็นอัตราที่น่าสนใจกว่าระดับอื่น อธิบายได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรังมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาก เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีปฏิกิริยาที่พบได้บ่อย ได้แก่ การปฏิเสธไม่ยอมรับ เกิดความกลัว หมดหวัง แยกตัวและซึมเศร้า (สันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 6) มีอารมณ์ซึมเศร้า มีความรู้สึกผิด แยกตัวเอง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง เหม่อลอย นอนไม่หลับ อาจมีความรู้สึกอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีจากความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542, หน้า 424 ; สันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 7) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์ทั้งทาง

ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านความเป็นอยู่ล้วนส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำให้มีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543, หน้า 1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538, หน้า ข) ซึ่งศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อสภาพจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อ HIV บวก (ผลเลือดบวก) และผู้ป่วยเอดส์ในเขต ภาคเหนือตอนบนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในเขตภาคเหนือตอนบน จำนวน 442 ราย พบว่าสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในภาวะซึมเศร้าโดยมี ภาวะซึมเศร้ามากที่สุดและคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 38.9 มีภาวะซึมเศร้ามากร้อยละ 27.6 รวมร้อยละ 66.5 แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ นิสารัตน์ เขตวรรณ (2543, หน้า ง) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการดูแลตนเองและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจำนวน 62 คน พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์มีระดับเล็กน้อยมากที่สุดร้อยละ 29.03 และการศึกษาของสันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า ก) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อใน โรงพยาบาล บำราศนคราครจำนวน 150 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความซึมเศร้าเล็กน้อยถึง ปานกลางมากที่สุดร้อยละ 30.7

ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เกินครึ่ง มีภาวะซึมเศร้า มากและรุนแรงทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในระยะปรากฏอาการ และป่วยเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 55 และร้อยละ 23.3 รวมร้อยละ 78.3 (จากตารางที่ 7) และเมื่อ เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้ากับระยะของโรคพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏ อาการและป่วยเป็นโรคเอดส์มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากถึงรุนแรงมากกว่าผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่ปรากฏอาการ และเมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างระยะของโรคกับ ระดับภาวะซึมเศร้าด้วยไค-สแควร์ (Chi-Square) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางภาคผนวกที่ 4) เพราะวาระยะที่ปรากฏอาการเป็นระยะที่เชื่อได้ทำลายภูมิคุ้มกันไป มากพอควรแล้วทำให้จุลชีพที่มีอยู่ทั่วไปฉวยโอกาสให้เกิดโรคได้ ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมาน เนื่องจากอาการต่าง ๆ เช่น ไข้เรื้อรัง อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรังอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอกจากนี้ ยังต้องพึ่งพาคนอื่นเพิ่มขึ้น คนที่ชอบพึ่งตนเองจะลำบากใจในการขอความช่วยเหลือจะเกิดอาการ ท้อแท้ได้ง่าย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (ประยูรศักดิ์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2540, หน้า 15) ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางกาย ก่อนข้างมาก การพึ่งพาตนเองทำได้น้อยจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาที่เหลืออยู่สั้นลง เกิดอาการ กลัวตาย กลัวการสูญเสียภาพลักษณ์จนรู้สึกว่าคุณค่า (สุพร เกิดสว่าง, 2542, หน้า 138) ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ที่เชื้อเอชไอวีได้

แพร่กระจายไปยังสมองจะทำให้สารเคมีในสมองมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541, หน้า 13) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538, หน้า ข) เรื่องเดิม พบว่าผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะป่วยเป็นโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ปรากฏอาการและไม่ปรากฏอาการ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 59) เรื่องเดิม ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีระยะของโรคที่ต่างกันมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้การศึกษารั้งนี้พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มี 4 คนขึ้นไปร้อยละ 53.1 (ตารางที่ 2) ซึ่งจำนวนสมาชิกมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้า (ตารางภาคผนวกที่ 2) เมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้ากับจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีมากจะมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากถึงรุนแรงมากกว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อย และเมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยไค-สแควร์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากถ้าสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญภาวะเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (อุมาพร รัชชทิพย์ , 2537, หน้า ง) ทำให้มีความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง (Chandra, Desai, Ravi, Subbarishna, 1998 อ้างในศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 66) และส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.7 (จากตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้ากับเพศ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าระดับมากถึงรุนแรงร้อยละ 58.7 มากกว่าเพศชายซึ่งพบร้อยละ 35.7 (ตารางภาคผนวกที่ 1) เหตุผลที่เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายนั้นเนื่องมาจากเพศหญิงจะรู้สึกตึงเครียดกับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้ารมณณ์เช่นขาดความสามารถสร้างสัมพันธ์กับคนอื่นหรือถูกคิดจินนินทาต่าง ๆ ส่วนเพศชายจะตึงเครียดเมื่อไม่ประสบผลสำเร็จในงานสร้างสรรค์หรืองานที่ยู่ยากซับซ้อนด้วยเทคนิค (Fernandez, Gomez, Velazquez and Hunter, 1997, p. 115) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 26) เรื่องเดิมที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลบาราคนราดูร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

2. ปัจจัยการได้รับการปรึกษาได้แก่จำนวนครั้งการปรึกษา จำนวนประเภทของการปรึกษาและคะแนนประสบการณ์การได้รับการปรึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าอธิบายได้ดังนี้

2.1 จำนวนครั้งของการปรึกษามีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าน้อยและจำนวนครั้งการปรึกษาสามารถทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 17.9 (ตารางภาคผนวกที่ 5) เนื่องจากเมื่อมีการให้การปรึกษาจำนวนครั้งมากขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อมองเห็นปัญหาและเข้าใจปัญหาของตนเองมากขึ้นการให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกอบอุ่นมั่นใจและมีการเตรียมพร้อมมีการวางแผน ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน (ธนา นิลชัยโกวิท, 2537, หน้า 67-69) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สูดถนอม รอดอ่วม (2537, หน้า) ซึ่งศึกษาความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับบริการที่หน่วยให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์ที่โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน พบว่าจำนวนครั้งของการให้การปรึกษามีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.804 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นัฐนันท์ ใจตรง (2540, หน้า 219) ซึ่งศึกษาผลของการให้การปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อโรคเอดส์โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมุกดาหาร จำนวน 60 คนพบว่า การเพิ่มจำนวนครั้งของการปรึกษาทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (2538, หน้า 69) เรื่องเดิม ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งของการได้รับการปรึกษาไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2.2 จำนวนประเภทของการปรึกษา (2 ประเภท) คือการได้รับการปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าน้อยและจำนวนประเภทของการปรึกษาสามารถทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 29.4 (ตารางภาคผนวกที่ 5) เนื่องจากการปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลโดยการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มณฑิรา เขียวยิ่ง, จินตนา ลีละไกรวรรณ, สุชาดา สุวรรณคำและสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2540, หน้า 9-10) และเมื่อได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มซึ่งเป็นการให้การปรึกษาซึ่งจะช่วยเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับประสบการณ์การปรึกษามากขึ้นด้วย อีกทั้งการให้การปรึกษาแบบกลุ่มเป็นกระบวนการที่บุคคลมีความต้องการตรงกันหรือแก้ไขปัญหาร่วมกันมาปรึกษาหารือกันเป็นกลุ่มสมาชิกกลุ่มมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นของตนเองเป็นการได้ระบายความขัดแย้งในจิตใจ ได้สำรวจตัวเอง ได้ฝึกการยอมรับตนเองกล้าที่จะเผชิญปัญหา (จิราภรณ์ อารยะรังสฤษฎ์, 2539, หน้า 38-39) นอกจากนี้การได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มยังเสริมสร้างกำลังใจให้สมาชิกในกลุ่มได้มีพลังที่จะต่อสู้

กับปัญหาต่าง ๆ อย่างมั่นคงส่งเสริมให้เกิดความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคมแก่สมาชิกโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มให้ผู้ติดเชื่อได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่สมาชิกได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2544, หน้า 4)

2.3 ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคะแนนประสบการณ์การรับการรักษาอยู่ในระดับสูงทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยและคะแนนประสบการณ์การรับการรักษาสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 15 (ตารางภาคผนวกที่ 5) เนื่องจากผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับประสบการณ์การรักษามาตามขั้นตอนการปรึกษาทั้ง 5 ขั้นตอนค่อนข้างครบถ้วนตามกิจกรรมแต่ละขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ขั้นตอนการสำรวจปัญหา ขั้นตอนการทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุและความต้องการของผู้รับการรักษา ขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาและขั้นตอนติดตามผล มีรายละเอียด 13 ข้อ ได้รับทุกครั้งทุกข้อและบ่อร้อยละ 86.4-40.7 (จากตารางที่ 9) ซึ่งการปรึกษาเป็นกระบวนการที่สำคัญในการช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจของผู้มีปัญหาซึมเศร้า (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิตเขต 6, 2543, หน้า 11) ทั้งในด้านการประเมินภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบในการให้การปรึกษา การจัดการกับความวิตกกังวล การจัดการกับอารมณ์เศร้าต่าง ๆ ก็ใช้กระบวนการปรึกษาทั้งสิ้น การปรึกษาทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถจัดการกับความวิตกกังวลของตนเองได้และมองตนเองมีคุณค่า มีกำลังใจที่จะต่อสู้ปัญหา การปรึกษาทำให้ผู้ป่วยปรับมุมมองของตนเองไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เข้าใจปัญหาจนสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเองได้ (กรมสุขภาพจิต, 2541, หน้า 53-54) จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา เขียวยิ่ง, จินตนา ลีละไกรวรรณ, สุชาดา สุวรรณคำและสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล (2540, หน้า 91) เรื่องเดิมได้ศึกษารูปแบบการให้การปรึกษาด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์โดยการทำให้วิจัยเชิงทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการปรึกษาด้านสุขภาพกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่าการให้การปรึกษาทำให้คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขัดแย้งกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (เรื่องเดิม) พบว่าการได้รับการปรึกษาไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างของสภาพจิตใจระหว่างผู้ที่เคยได้รับการปรึกษากับผู้ที่ไม่เคยได้รับการปรึกษา

2.4 ระยะเวลาการปรึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าเนื่องมาจากเมื่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาปรึกษาปัญหานั้น ๆ แล้วปัญหาได้รับการแก้ไขเสร็จสิ้น ผู้ให้การปรึกษาไม่ได้นัดต่อ (ดูจากระเบียนรายงาน) และจากการสอบถามผู้ให้การปรึกษาตอบว่าปัญหาได้จบเสร็จสิ้นแล้วจึงไม่ได้ทำการนัดต่อ พบว่ามีผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 10 คนที่มีระยะเวลาการปรึกษานานกว่า 2 ปีแต่ได้รับการปรึกษาเพียงสองครั้ง นอกจากนี้

สถานีนอนามัยไม่ได้ให้การปรึกษารายบุคคลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางส่วน (ประมาณ 10 คน) ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยมีจำนวนครั้งการปรึกษาน้อยแต่มีระยะเวลาการปรึกษาตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบันยาวนาน

3. ปัจจัยด้านการรวมกลุ่มได้แก่ระยะเวลาการรวมกลุ่ม จำนวนครั้งการรวมกลุ่มและ ประสิทธิภาพการรวมกลุ่ม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งนี้อธิบายได้ว่า

3.1 ระยะเวลาในการรวมกลุ่มนานและจำนวนครั้งในการรวมกลุ่มมาก คือ ผู้ติดเชื้อมีการรวมกลุ่มเดือนละ 1 ครั้งและการรวมกลุ่มจัดให้มีขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยจึงมี ระยะเวลาการรวมกลุ่มนานจำนวนครั้งก็มากขึ้นไปด้วยมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าน้อย และระยะเวลาการ รวมกลุ่ม จำนวนครั้งการรวมกลุ่มสามารถทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 30.4 และ 16.1 (ตารางภาคผนวกที่ 5) อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้มีโอกาสมากขึ้นในการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยการเปิดเผยตนเองและได้รับการยอมรับจากเพื่อน สมาชิกกลุ่ม การรวมกลุ่มสามารถตอบสนองความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีได้ในระดับหนึ่ง ผลจากกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ตระหนัก และเห็นถึงศักยภาพของตนเอง (อุษา ดวงสาและคณะ, 2543, หน้า 9) ก่อให้เกิดกำลังใจที่จะเผชิญ กับปัญหาต่าง ๆ การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อให้เกิดการให้กำลังใจ ซึ่งกันและกันได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันซึ่ง มีผลต่อการดูแลที่เน้นการพึ่งพาตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541, หน้า 8) เมื่อระยะเวลาการรวมกลุ่มนานและจำนวนครั้งมากก็จะ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความซึมเศร้าน้อยลง

3.2 คะแนนประสิทธิภาพการรวมกลุ่มอยู่ในระดับสูงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์มีภาวะซึมเศร้าน้อย และคะแนนประสิทธิภาพการรวมกลุ่มสามารถทำนายคะแนนภาวะ ซึมเศร้าได้ร้อยละ 36.3 (ตารางภาคผนวกที่ 5) อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับ ประสิทธิภาพตามกิจกรรมการรวมกลุ่มทั้ง 9 กิจกรรมได้แก่ การได้รับการตรวจสุขภาพ การได้รับ ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือยารักษาเมื่อมีอาการ การมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ในการปฏิบัติตัว การได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการใช้ยาและการใช้ สมุนไพร การได้ร่วมกิจกรรมสันทนาการ การได้ทำสมาธิ การได้ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การได้ ร่วมทำอาชีพเสริม การได้รับการช่วยเหลือช่วยเหลือซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ เป็นสมาชิกกลุ่มจะได้รับกิจกรรมทุกครั้งและบ่อย (ทุกข้อ) (ตารางที่ 9) และพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เคยได้รับกิจกรรมการรวมกลุ่มจะมีระดับภาวะซึมเศร้ามากถึงรุนแรงร้อยละ 80 แต่คนที่เป็สมาชิกกลุ่มมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยถึงปานกลางร้อยละ 73.3 (ตารางที่ 19) เนื่องจากว่า

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการยอมรับในการเป็น บุคคล มีการช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกันทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้ทำให้ ความเครียดลดลงลดภาวะซึมเศร้าได้ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวและเพื่อนกลุ่มจะช่วยให้มีการ เปลี่ยนแปลงเครือข่ายทางสังคมและทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น (ครุณี ชูณหวัต, 2540, หน้า 280) ทำให้ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตัวเอง ประชาชนยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถอยู่ ร่วมกันได้โดยไม่มีรังเกียจ สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับโรคและกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะ ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรวมกลุ่มยังช่วยเพิ่มความหวัง ให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (Corey & Corey, 1997, pp. 373-374) นอกจากนี้การรวมกลุ่ม ยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกิดความไว้วางใจ เมื่อมีปัญหาสามารถปรึกษา เพื่อนสมาชิก และบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงกลุ่ม (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541, หน้า 8) ทำให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อย ซึ่งขัดแย้ง กับการศึกษาของ ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2542, หน้า 69) เรื่องเดิม พบว่าผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกิจกรรม ชมรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้ติดเชื้อมีภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน

4. จำนวนครั้งการปรึกษา จำนวนประเภทการปรึกษา คะแนนประสบการณ์การปรึกษา ระยะเวลาการรวมกลุ่ม จำนวนครั้งการรวมกลุ่มและคะแนนประสบการณ์การรวมกลุ่ม สามารถ ร่วมทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 41.2 (ตารางภาคผนวกที่ 6) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคเอดส์ เป็นโรคที่ร้ายแรง เรื้อรัง สังคมรังเกียจ และยังไม่มียารักษา (กรมสุขภาพจิต, 2539, หน้า 1) ปัญหา ทางจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงเริ่มตั้งแต่การปรับตัวต่อการวินิจฉัยโรคในระยะ แรกที่ทราบว่าติดเชื้อการเผชิญกับสภาพของโรคที่จะแสดงอาการมากขึ้นจนถึงระดับที่มี พยาธิสภาพของโรคเข้าไปทำลายระบบประสาท ดังนั้น ในแต่ละขั้นตอนของผู้ป่วยจึงแสดงปัญหา ทางด้านจิตใจได้มากมายตั้งแต่ ท้อแท้ หมดหวัง หรือแสดงอาการทางจิต (อำไพ พุ่มสวัสดิ์, 2541, หน้า 263) ซึ่งปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ด้วยโรคร้ายแรงหรือเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต เช่นโรคเอดส์นี้จะแสดงปฏิกิริยา 5 ขั้นตอน ได้แก่ ตกใจและปฏิเสธความจริง กังวลสับสนและ โกรธ ต่อรอง ซึมเศร้าหมดหวังและยอมรับความจริง (Kubler – Ross, 1969; ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน, 2542, หน้า 6-8; มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวิช, 2545, หน้า 421- 424) ซึ่งขั้นตอนซึมเศร้าและหมดหวังเป็นภาวะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ความจริงมากขึ้นยอมรับว่า เกี่ยวข้องกับตนเองแต่อาจรู้สึกหมดหวังในการแก้ไข รู้สึกท้อแท้ที่ไม่มีเวลามากพอหรือไม่รู้ว่า จะทำให้คนรอบข้างยอมรับได้หรือไม่ สาเหตุอาจเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เคยสำรวจตัวเอง

มองไม่เห็นศักยภาพของตัวเอง ไม่เข้าใจรายละเอียดธรรมชาติของโรคว่าจะมีการดำเนินโรคต่อไปอย่างไร ไม่เคยคิดหรือไม่เคยพึ่งพาคนอื่น เมื่อเจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็จะลำบากใจในการขอความช่วยเหลือ ดังนั้นเพื่อป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าและเมื่อผู้ติดเชื้อมีภาวะซึมเศร้าแล้วต้องให้การปรึกษาและกระบวนการกลุ่มร่วมกันในการรักษาและช่วยเหลือทั้งนี้เพราะการให้การปรึกษาเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้สำรวจตัวเองมองเห็นศักยภาพของตนเอง สามารถวางแผนแก้ไขปัญหา เข้าใจการดำเนินของโรคในระยะต่าง ๆ ทราบถึงแหล่งช่วยเหลือและยังเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้าย (รัตติยา ทองแสง, กัญญา อันซีนและสุริรัตน์ โปจรัส, 2537, หน้า 53) ซึ่งการให้การช่วยเหลือเหล่านี้ต้องทำหลาย ๆ ครั้งต่อเนื่องกัน ต้องให้การปรึกษาหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ได้ประสบการณ์การปรึกษาที่มีประสิทธิภาพการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ โดยได้รับความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการยอมรับ ได้รับความอบอุ่น ความจริงใจจากผู้ให้การปรึกษา จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าน้อยลงได้ (New York City Department, 1991, p. 7) เช่นเดียวกันกับการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ Powell (1987, p. 15) กล่าวว่า การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจจึงต้องใช้ระยะเวลานาน จำนวนครั้งที่มาก และสมาชิกกลุ่มมารวมกลุ่มอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้ได้รับประสบการณ์การรวมกลุ่มที่ดีและมีประสิทธิภาพ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การรวมกลุ่มที่มีประสิทธิภาพจะทำให้มีผลต่อจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษาเป็นการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นและศูนย์สุขภาพจิตเขต 6, 2543, หน้า 11) การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2543, หน้า 7) การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าจึงต้องได้รับการช่วยเหลือทั้ง 2 วิธีร่วมกันจึงจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าน้อยและสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติสุขได้

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ยอมรับได้อาจเนื่องมาจากมีระยะเวลานานพอจนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวได้หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อ (กรมสุขภาพจิต, 2539, หน้า 11) ดังนั้นการปรึกษาและการรวมกลุ่มจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญในการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในระดับบริหาร

1.1 ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการให้การปรึกษา และการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อให้ชัดเจนและต่อเนื่อง

1.2 ผู้บริหารควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ให้การปรึกษาได้พัฒนาองค์ความรู้อยู่เสมอ เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้รับบริการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติการ

2.1 ผู้ให้การปรึกษาควรให้การปรึกษาแก่ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าใจผู้ติดเชื้อและส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

2.2 ควรให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตั้งแต่ครั้งแรกที่ทราบว่าติดเชื้อ และควรติดตามและนัดอย่างต่อเนื่อง เพราะปัญหาด้านจิตใจต้องใช้เวลาในการบำบัดรักษา

2.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ในระยะปรากฏอาการและระยะป่วยเป็นโรคเอดส์บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรให้การใส่ใจดูแลมากขึ้นเพราะระยะนี้ผู้ติดเชื้อมีภาวะซึมเศร้ามาก

2.4 ควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

2.5 ควรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประชากรในวงกว้างขึ้น

2. ควรศึกษาในเชิงคุณภาพในด้านมาตรฐานของการให้การปรึกษาและการรวมกลุ่ม

3. ควรศึกษาปัจจัยที่ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเข้มแข็ง สามารถพึ่งตนเองได้
4. ควรศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก่อนและหลัง

มารวมกลุ่ม

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University