

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
กับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
กับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวเอี่ยมเดือน นามวิเศษ

ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ดร.ณัฐ หุณหะวัต,

ค.ม. จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว

อาจารย์ที่ปรึกษานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

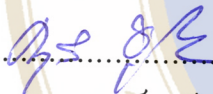
การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้การปรึกษารายบุคคล
กับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2552



นางสาวเอี่ยมเดือน นามวิเศษ
ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์ดร.ณี ชูณหะวัณ,
ค.ม. จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว
กรรมการสอบสารนิพนธ์



รองศาสตราจารย์อรสา พันธุ์ภักดี,
พ.ศ.
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์



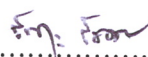
นางสาวรังสิมันต์ สุนทรไชยา,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์โสภณ แสงอ่อน,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล



ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภิตา แสงอ่อน ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุณหะวัณ กรรมการควบคุมสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่จนสารนิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาตรวจสอบให้คำแนะนำในการปรับปรุงสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์งานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสได้ทักทายได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ของโรงพยาบาลวิเชียรบุรี ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ และขอบพระคุณบุคลากรในกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานอย่างดีเยี่ยม ในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้น กระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์

ท้ายที่สุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดีอย่างสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

เอี่ยมเดือน นามวิเศษ

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON INDIVIDUAL COUNSELING AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

เอี่ยมเดือน นามวิเศษ 4737440 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณี แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), ครูณี ชุมพะวัต, ก.ม.
(จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ คัดเลือกเข้า จำนวน 17 เรื่อง เป็น randomized controlled trial ระดับ A จำนวน 1 เรื่อง และเป็น quasi-experimental ระดับ B จำนวน 16 เรื่อง สามารถสรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเป็น 5 รูปแบบ คือ 1) แบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger มีการบำบัด 2 - 12 ครั้ง ครั้งละ 30 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง พบว่า สามารถลดความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า ความเครียด และความท้อแท้ และเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อได้ 2) แบบเผชิญความจริงตามแนวคิดของ Glasser มีการบำบัด 6 - 7 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า สามารถเพิ่มคะแนนการปรับตัวโดยรวม 3) แบบปรับความคิดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck มีการบำบัด 2 - 8 ครั้ง ครั้งละ 20 - 60 นาที บำบัดวันละ 1 ครั้งหรือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้า และเพิ่มความหวัง การปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองได้ 4) ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส มีการบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้ 5) ตามแนวคิดของ Satir Model มีการบำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า สามารถลดความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาในแต่ละรูปแบบ

ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการประยุกต์ใช้และพัฒนาคุณภาพในการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ต่อไป

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษารายบุคคล / ปรับภาวะจิตสังคม / ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON INDIVIDUAL COUNSELING AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

AOEAMDUAN NAMWISET 4737440 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SOPIN SANGON, Ph.D.,
(NURSING), DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (EDUCATIONAL PSYCHOLOGY
AND GUIDANCE)

ABSTRACT

The study aimed at analyzing and synthesizing research related to using individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS. A total of 17 research papers were selected for this study. Of these, one was a randomized controlled trial categorized under Level A, while 16 were quasi-experimental research categorized under Level B. Major findings regarding individual counseling can be grouped into 5 categories. First, counseling based on the Person-centered approach of Roger's theory conducted 2 to 12 sessions, once or twice a week with each session ranging from 30 to 90 minutes. This therapy can reduce anxiety, depression, stress and desperation, and increase self-esteem and patients' readiness to reveal their infection status. Second, Reality counseling based on Glasser's work is conducted 6 or 7 sessions, once a week with each session ranging from 45 to 90 minutes. This counseling can increase the overall adaptation score. Third, counseling based on the theories of Lazarus and Folkman, Ellis, and Beck, is conducted 2 to 8 sessions, once a day or a week with each lasting from 20 to 60 minutes. The counseling can reduce anxiety and depression, and increase levels of hope, adaptability and self-care. Fourth, counseling based on the Neuro-linguistic programming theory, is conducted totally 4 sessions, one session per week with each session lasting from 45 to 60 minutes. The counseling can reduce anxiety and depression. Fifth, counseling based on the Satir Model, is conducted totally 8 sessions, one session per week with each session ranging from 60 to 90 minutes. This counseling can reduce anxiety and depression. In addition, the therapists performing the therapy are registered nurses who have been trained in each counseling.

The findings from this study can be used as information in applying and developing the quality of individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS.

KEY WORDS: INDIVIDUAL COUNSELING / PSYCHOSOCIAL
ADJUSTMENT / PEOPLE LIVING WITH HIV / AIDS

192 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์	5
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. โรคเอดส์	6
- ระยะของโรคเอดส์	8
- ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี และป่วยด้วยโรคเอดส์	9
2. ปัญหาจิตสังคมและการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	11
- ปฏิกริยาตอบสนองและความรู้สึกต่อสถานการณ์ติดเชื้อ	12
- แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	20
- การช่วยเหลือและการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการปรับภาวะจิตสังคม	28
3. การให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	33
- การให้คำปรึกษารายบุคคล	34
- ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล	41
- การให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคม	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	
1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน	56
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	59
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัย	
คุณภาพของงานวิจัย	64
รูปแบบและองค์ประกอบของการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	65
บทที่ 5 การอภิปรายผลการศึกษา	
1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	84
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริม การปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์	85
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
1. สรุปผลการศึกษา	96
2. ข้อจำกัดในการศึกษา	99
3. ข้อเสนอแนะ	99
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	102
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	115
รายการอ้างอิง	129
ภาคผนวก	142
ประวัติผู้ศึกษา	192

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
2 ตารางที่ 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย	60
3 องค์ประกอบของการบำบัด	79
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการให้คำปรึกษารายบุคคลกับ การปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	143

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยในระยะแรกเริ่มแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ต่อมาได้มีการแพร่ระบาด ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แล้วแพร่กระจายไปสู่กลุ่ม หญิงผู้ขายบริการทางเพศ และผู้ใช้บริการทางเพศ จนในที่สุดเข้าถึงครอบครัวซึ่งไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ กลุ่มแม่บ้าน หญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป และทารก The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection (2007) รายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด ปี 2550 ว่าอัตราการติดเชื้อในบางประเทศ ลดลง แต่คาดว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในภาพรวมเพิ่มขึ้นในทุกๆ พื้นที่ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 33.2 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 30.8 ล้านคน และเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วโลก มีเด็กวัยรุ่นที่อายุ 15-24 ปี มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีทั่วโลก มีอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยรายใหม่ต่อวันมากกว่าวันละ 6,800 คนต่อวัน การติดเชื้อส่วนใหญ่พบมากใน Sub-Saharan Africa ประมาณ 24.7 ล้านคน รองลงมาอยู่ในแถบ South & South East Asia ประมาณ 7.8 ล้านคน ส่วนใหญ่ประเทศที่มีการติดเชื้อสูง ร้อยละ 95 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ หรือฐานะยากจน และอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.1 ล้านคน

สำหรับในประเทศไทย สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) รายงานว่าอัตราผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อในช่วง ปี พ.ศ.2527-2551 มีแนวโน้มลดลง และรายงานในปี 2552 พบมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 345,196 ราย เป็นผู้ป่วยเอดส์อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.20 เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 27.80 และพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 25-29 ปี สำหรับกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี พบว่าเพศหญิงมีส่วนสูงกว่าเพศชาย 2:1 กลุ่มเด็กอายุ 0-14 ปี มีอัตราร้อยละ 3.97 ส่วนใหญ่พบอยู่ในพื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือ มากกว่าภาคอื่นๆ รองลงคือภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 13.65, 13.14, 6.42, 4.39 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเป็นผู้ที่เสียชีวิตแล้ว จำนวน 93,034 ราย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง และคุณภาพชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีผลทำให้คุณค่าแห่งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ, 2544) โดยด้านร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากตัวโรค จากอาการเจ็บป่วยของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย อุจจาระร่วง น้ำหนักลด มีฝ้าขาวขึ้นในปาก เป็นมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อได้ง่าย บางรายจะมีอาการทางจิตประสาท เช่น มีอาการความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย บางรายแขนขาชา ชักกระตุก และมีอาการทางสมอง (จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2543)

ผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับได้ และกลัวการไม่ยอมรับของสังคม กลัวการสูญเสีย เกิดความท้อแท้ และสิ้นหวัง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก หากไม่สามารถปรับตัวได้ หรือปรับตัวไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชได้ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า จนมีความคิดฆ่าตัวตาย (Williams & Wilkins, 2006) สำหรับครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางครอบครัว อาจต้องปิดบัง กลัวเพื่อนบ้านรู้และรังเกียจ ทำให้อยู่อย่างทุกข์ทรมานใจ จนมีความคิดฆ่าตัวตายทั้งครอบครัว อุกฤษฏ์ ทองสุนทร (2552) ศึกษา พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง 36 เท่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและบุตร ในกรณีพ่อแม่เสียชีวิต ทำให้บุตรขาดผู้ดูแล (สมสกุล ภูมิบ่อพลับ และบงกช เชื้อชาญยนต์, 2539) ข้อมูลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในประเทศไทย ช่วงกลางปี 2546 พบว่า มีเด็กกำพร้าจากเอดส์จำนวน 289,000 ราย แยกเป็นกำพร้าพ่อ 251,000 ราย กำพร้าแม่ 54,000 ราย และกำพร้าทั้งพ่อและแม่ 21,000 ราย (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 100 และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 1 (สาโรจน์ ใจมุข และอังคาร สอนถา, 2548) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความวิตกกังวล มีอาการซึมเศร้า และเกิดรบกวนในจิตใจนั้น ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง และมีการดื้อยาในผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอดส์ (Leserman, 2008) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บางคนอาจไม่เปิดเผยตนเอง ไม่เข้าระบบการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเสียชีวิตได้ในที่สุด (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรงจึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บางคนถูกวิตรอนสิทธิ์ต่างๆ บางหน่วยงานต้องตรวจเลือดก่อนรับเข้าทำงาน หรือไล่ออกจากงานเมื่อรู้ว่าติด

เชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอดส์ ทำให้ไม่มีงานทำ และไม่มีรายได้ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541) ส่งผลกระทบต่อภาระหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทั้งปัญหาที่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การดูแลตนเอง และการรักษา ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกายเพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลของร่างกาย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546 ; วิไล โครตฐิติธรรม, 2546) สามารถเข้าใจอาการของโรค แนวทางการรักษา และสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้จำเป็นต้องปรับทางด้านจิตสังคมที่เหมาะสม เพื่อสร้างความความเข้มแข็งทางจิตใจให้สามารถต่อสู้กับผลกระทบทางจิตใจและสังคม เพื่อไม่นำไปสู่ปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าจนเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีเจตคติที่ดี ไม่มีความกลัวหรือวิตกกังวล มีสุขภาพจิตดี มีความเมตตา กรุณาสูง มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความเข้าใจในผู้ป่วย มีคำพูดสุภาพ อ่อนโยน มีคำอธิบายสิ่งต่างๆที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ถ้อยคำกระชับสั้น ให้ความสนใจผู้ป่วย มีความเป็นกันเอง มีความสามารถในการสร้างบรรยากาศให้เกิดการยอมรับ เข้าถึงความรู้สึกของผู้ป่วย เข้าใจพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย มีทักษะในการสังเกตที่ดี สิ่งสำคัญในการพยาบาลด้านจิตใจคือ พยาบาลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากพอ ต้องสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อถือ (วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวัลย์ เสนารัตน์ วิลาวัลย์ พิเชิธรเสถียร และคณะ, 2537)ในด้านบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาจิตสังคมถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่ต้องให้การช่วยเหลือ เพื่อปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ตามแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบำบัดทางจิต ครอบคลุมผู้ให้บริการรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว เน้นการสร้างสัมพันธภาพในรูปการรักษา การสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต การส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การพยาบาลแก่บุคคลครอบครัวและชุมชน มีแนวทางในการช่วยเหลือ ดังนี้ 1) การบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Interaction group therapy) 2) การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล (Individual psychotherapy) 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) 4) การบำบัดทางชีวภาพ (Somatic therapy) (เอกอุมา วิเชียรทอง และ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, 2550) 5) การให้คำปรึกษารายบุคคล

การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือ เพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการตอบสนองต่อความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สถิติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์และสังคม สามารถให้คำปรึกษาเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมในการเปิดเผยตนเอง และมีประสิทธิภาพเหมาะสม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย เป็นส่วนตัว และเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยตนเองและซักถามข้อสงสัย หรือปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการทราบและต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้พยาบาลทราบความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อช่วยลดปัญหาทางจิตใจและความหลากหลาย แต่ยังไม่มียุทธวิธีให้เห็นได้ในเชิงประจักษ์ และเพื่อสนับสนุนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทำการศึกษางานวิจัย เพื่อนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ได้รูปแบบในเชิงประจักษ์และสามารถนำไปใช้ในการปรับภาวะจิตสังคม และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนได้ สามารถพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ส่งเสริมแหล่งประโยชน์ของผู้รับบริการ สนับสนุนทางสังคมให้กับผู้อื่นในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลรอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเลิศในหน่วยงานและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การปรึกษารายบุคคลทางคลินิก ตลอดจนนิเทศงานที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลให้แก่บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) รูปแบบและองค์ประกอบของการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2) ผลลัพธ์ของการบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล

นิยามศัพท์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่ร่างกายยังแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่ว่าจะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การให้คำปรึกษารายบุคคล หมายถึง การให้บริการปรึกษาโดยผู้รับคำปรึกษาได้พบกับผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม สามารถที่จะวางแผนโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการให้คำปรึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การติดตามผลและการยุติการให้คำปรึกษา (วัชร ทรัพย์มี, 2549)

การปรับภาวะจิตสังคม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใช้ตอบสนองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งแสดงออกทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ 5) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย 6) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และ 7) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Derogatis, 1986 อ้างใน อรไท พิพัฒน์ไพสิฐ, 2547)

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิเคราะห์ และ สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับ ภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและ ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคเอดส์

- ระยะของโรคเอดส์
- ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี และป่วยด้วยโรคเอดส์

2. ปัญหาจิตสังคมและการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

- ปฏิกริยาตอบสนองและความรู้สึกต่อสถานการณ์ติดเชื้อ
- แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
- การช่วยเหลือและการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการปรับ ภาวะจิตสังคม

3. การให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์

- การให้คำปรึกษารายบุคคล
- ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล
- การให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคม

1. โรคเอดส์

เอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ที่เป็นแหล่ง สร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคง่ายโอกาสแทรกซ้อนได้ง่าย ขึ้นเช่น วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลือง เชื้อหูดสมอองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด หรือ เป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตมักเกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อฉวย

โอกาสต่างๆ เหล่านี้ ทำให้อาการจะรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2551)

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา จากการศึกษาย้อนหลังโรคเอดส์มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะไฮติ ทวีปอเมริกา ยุโรปและเอเชียรวมทั้งประเทศไทย (CDC, 1981, cited in Lewis, 1989; Giottlieb et al., 1981, อ้างในกระทรวงสาธารณสุข, 2532)

ไวรัสเอดส์ (HIV) มีสายพันธุกรรมหรือยีนส์เป็น RNA สายพันธุกรรมจะถูกอัดแน่นอยู่ในแกนกลาง ซึ่งจะถูห่อหุ้มอีกชั้นหนึ่ง ด้วยเปลือกนอกซึ่งมีปุ่มยื่นออกมาภายนอก ปุ่มเหล่านี้มีชื่อว่า gp120 มีความสำคัญในการไปเกาะติดกับเซลล์ ของร่างกายที่ไวรัสเอดส์จะบุกรุกเข้าไป เซลล์เหล่านี้จะมีโปรตีนพิเศษบนเซลล์เรียก CD4 ซึ่งพอเหมาะที่จะให้ gp120 ของไวรัสมาเกาะ เมื่อเกาะแล้วไวรัสเอดส์ก็จะเข้าสู่เซลล์ของร่างกายได้ โดยถอดเปลือกนอกออก เอาแต่สายพันธุกรรมหรือ RNA ของไวรัสเข้าไปในเซลล์ เมื่อเข้าไปภายในเซลล์ ไวรัสเอดส์จะสามารถเปลี่ยนสายพันธุกรรมจาก RNA เป็น DNA ซึ่งจะสามารถสอดแทรกเข้าไปในสายพันธุกรรมของเซลล์ร่างกายซึ่งเป็น DNA เมื่อสอดแทรกเข้าไปแล้ว เวลาเซลล์ร่างกายแบ่งตัวก็จะมีสายพันธุกรรมชนิด DNA ของไวรัสแบ่งตัวตามเข้าไปอยู่ในเซลล์ใหม่ด้วย ทำให้ไวรัสเอดส์ถูกกำจัดให้หมดจากร่างกายได้ยาก (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2550)

ในขณะที่เดียวกันไวรัสเอดส์ในเซลล์ก็สามารถแบ่งตัวได้ด้วย โดยเปลี่ยนสายพันธุกรรมกลับมาเป็น RNA และสร้างโปรตีนมาเป็นเปลือกหุ้มตัวแล้วแตกตัวออกจากเซลล์ที่อาศัยอยู่เดิม ไปบุกรุกเซลล์อื่นต่อไป โดยเซลล์เดิมอาจถูกทำลายหรือตายได้ เซลล์ของร่างกายคนที่ไวรัสเอดส์สามารถบุกรุกเข้าไปได้ส่วนใหญ่จะเป็นเซลล์ที่มี CD4 อยู่บนผิวเซลล์ ที่สำคัญ ได้แก่ เม็ดโลหิตขาวชนิด lymphocyte ซึ่งไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสียไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งพวก T-lymphocyte ซึ่งใช้ต่อสู้หรือกำจัดจุลชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่เกิดจากจุลชีพจำพวกฉวยโอกาสได้ ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคเอดส์นั่นเอง นอกจากนี้ไวรัสเอดส์ยังสามารถบุกรุกเข้าไปในเซลล์อื่นๆ เช่นเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สิ่งแปลกปลอม เซลล์สมอง และเซลล์ของเยื่อทางเดินอาหารเป็นต้น ผลลัพธ์คือทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปและมีอาการทางสมองหรือทางเดินอาหารได้ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารโรงพยาบาลเกลง, 2550)

เนื่องจากไวรัสเอดส์พบส่วนใหญ่ในเม็ดเลือดขาว ดังนั้นเลือดของผู้ป่วยจึงมีเชื้อเอดส์อยู่มากที่สุดรองลงมาเป็นน้ำกามของผู้ชาย และน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง โดยถ้ายังมีเม็ดโลหิตขาวปะปนอยู่ในน้ำเหล่านี้มากก็ยังมีไวรัสเอดส์อยู่มาก ส่วนน้ำลาย น้ำตา และสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ของผู้ป่วย ก็อาจพบมีไวรัสเอดส์ปะปนอยู่ได้บ้างแต่มีปริมาณน้อยมากๆ ขึ้นอยู่กับปริมาณของเม็ด

เลือดขาวที่ปะปนอยู่ในสิ่งคัดหลั่งหรือในสิ่งขับถ่ายเหล่านี้ ดังนั้นเหงื่อ น้ำลาย น้ำตา และปัสสาวะของคนที่ติดเชื้อเอดส์จึงไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นนอกจากจะมีเลือดปน (ประพันธ์ ภาณุภาค, 2550)

เชื้อไวรัสเอดส์สามารถอาศัยหรือทำให้เกิดโรคในคนเท่านั้น ไม่สามารถทำให้เกิดโรคในสัตว์อื่น เมื่อออกนอกร่างกายคนแล้วจะไม่สามารถทนสภาพแวดล้อมภายนอกได้ อาจมีชีวิตได้นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันเท่านั้นขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ ความร้อน ความเย็น สภาวะกรด ด่าง ความแห้ง ความชื้น เช่น ถูกความร้อน 56 องศาเซลเซียส นาน 10-15 นาที เชื้อก็ตายหมด นอกจากนี้ยังทำลายได้ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อต่างๆ เช่น น้ำยาซักผ้าขาว (นันทิสา โชติรสนิรมิต, 2550)

โรคเอดส์ติดต่อได้ทางการร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ได้แก่ การมีแผลเปิดและจากข้อมูลของกองระบาดวิทยาพบว่า ร้อยละ 83 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามี คู่รัก คู่นอน หรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง พบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 1.46 (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2543) และสามารถถ่ายทอดสู่ทารกได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและภายหลังคลอดประมาณร้อยละ 60 ปัจจุบันนี้มีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกได้โดยการกินยาต้านไวรัส ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 34 สัปดาห์ไปจนคลอด สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ลงจากร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 8 แต่ถึงอย่างไรก็ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การตรวจเลือดก่อนตัดสินใจตั้งครรภ์ทุกครั้ง ในระยะหลังคลอดเด็กสามารถได้รับเชื้อเอดส์จากแม่ผ่านทางน้ำนม องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ใช้นมผงแทน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงดังกล่าว (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วันโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ระยะของโรคเอดส์

โรคเอดส์มี 2 ระยะ คือระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage) และระยะที่มีอาการ (Symptomatic stage) คนที่สัมผัสกับโรคเอดส์หรือคนที่ได้รับเชื้อเอดส์เข้าไปในร่างกายไม่จำเป็นต้องมีการติดเชื้อเอดส์เสมอไปขึ้นกับ จำนวนครั้งที่สัมผัสจำนวนและความรุนแรงของไวรัสเอดส์ที่เข้าสู่ร่างกายและภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อมีการติดเชื้อ อาการที่เกิดขึ้นมีได้หลายรูปแบบหรือหลายระยะตามการดำเนินของโรคดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage) ในระยะนี้ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ก็

อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่เพศสัมพันธ์ได้ (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ระยะที่มีอาการ (Symptomatic stage) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเริ่มแสดงอาการ หลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีประมาณ 7-8 ปี แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะเริ่มปรากฏอาการ และระยะโรคเอดส์ (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) ระยะเริ่มปรากฏอาการเดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex) ระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้ว ยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเช่น มีเชื้อราในปากบริเวณกระพุ้งแก้ม และเพดานปาก ต่อม้ำเหลืองโต ที่บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลูกกลม (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ระยะโรคเอดส์ (AIDS) ระยะนี้ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อที่มักไม่เป็นในคนปกติ ที่เรียกว่า "โรคติดเชื้อฉวยโอกาส" ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น ถ้าเป็นวัณโรคที่ปอดจะมีอาการไข้เรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบ น้ำหนักลด ถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* จะมีไข้ ไอแห้งๆ หอบ ถ้าเป็นเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* จะมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเป็นเชื้อราในทางเดินอาหารจะมีอาการ เจ็บคอ กลืนลำบาก ขณะนี้ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้เป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2550)

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี และป่วยด้วยโรคเอดส์

โรคเอดส์ เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง ร่างกายจึงติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคม และมักจะรุนแรงกว่าโรคอื่นๆ กล่าวคือ เกิดขึ้นทุกระยะตั้งแต่ก่อนทราบผลการตรวจ ระยะทราบผลการวินิจฉัย ระยะได้รับการรักษา ระยะเกิดโรคแทรกซ้อน หรือติดเชื้อซ้ำ และระยะใกล้ตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกังวล กลัวตาย กลัวสังคมรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการถูกแยก บางคนอาจทุกข์ทรมานมากจากอาการทางกาย และจิตสังคม จึงคิดฆ่าตัวตาย ผลกระทบของโรคเอดส์ มิใช่มีผลเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ต่อสังคม และประเทศชาติอีกด้วย ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว จะแสดงออกถึงพฤติกรรมของคนทั้งด้านกาย จิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนทั้งคนดังนี้ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ผลกระทบด้านร่างกาย ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี แม้ว่าจะยังไม่แสดงอาการให้ปรากฏ แต่การได้รับเชื้อเอดส์ ก่อให้เกิดปัญหาต่อร่างกายทุกระบบ ไม่ว่าจะเป็นทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและระบบเผาผลาญอาหาร รวมทั้งความรู้สึกไม่สุขสบาย หลังจากได้รับเชื้อเอดส์เข้าไป จะเป็นระยะติดเชื้อเริ่มต้น ผู้ติดเชื้อจะมีการใช้ ผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต บางรายอาจมีท้องเสีย อาการเหล่านี้จะเกิดหลังติดเชื้อ 2-6 สัปดาห์ จะมีการอยู่ประมาณ 1-3 สัปดาห์แล้วหายไป และเข้าสู่ระยะไม่แสดงอาการ โดยที่เชื้อเอชไอวี ยังหลบตัวอยู่และแบ่งตัวเพิ่มปริมาณไปเรื่อยๆ บางรายอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต ผู้ติดเชื้อจะยังไม่มีอาการอื่น นอกจากคลำพบต่อมน้ำเหลือง และจะโตเรื่อยๆ บางรายอาจเป็นเดือน บางรายเป็นปี ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อจะถูกทำลายไปเรื่อยๆ ในระยะไม่แสดงอาการ ผู้ติดเชื้อแต่ละราย จะมีระยะเวลาที่แตกต่างกันไป โดยทั่วไปประมาณ 3-10 ปี เมื่อไวรัสแบ่งตัว เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ขณะเดียวกันภูมิคุ้มกันก็จะถูกทำลายไปเรื่อยๆ เช่นกัน ผู้ติดเชื้อก็จะมีอาการต่างๆปรากฏให้เห็น ต่อมาเป็นระยะเริ่มปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการเกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น ใช้เรื้อรัง น้ำหนัก ลดเกิน 10% มีท้องเสียเรื้อรัง ฝ่าขาวจากเชื้อราในปากและคอ เป็นงูสวัด มีริมฝีปาก คอ อวัยวะเพศ มีตุ่มแดงคล้ายงูคืบบริเวณแขนและขา ระยะนี้ภูมิคุ้มกันในร่างกายของผู้ติดเชื้อจะ ลดลงมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ดีจะเกิดอาการเอดส์เต็มขั้นได้รวดเร็ว ระยะเอดส์เต็ม ขั้นนี้ เม็ดเลือดขาว CD4 จะถูกทำลายไปอย่างมาก อาการที่พบได้บ่อยในระยะนี้ มีดังต่อไปนี้ อาการ ของปอดอักเสบ ใช้เหนื่อยหอบ เชื้อโรคฉวยโอกาส ที่พบบ่อย คือ วัณโรคปอด และ พยาธิซึ่งจะทำให้ หอบมาก อาการทางลำไส้ มีท้องเสียเรื้อรัง มักเกิดจากการแทรกซ้อนของเชื้อพยาธิ หรือ แบคทีเรีย อาการทางสมอง ที่พบบ่อยที่สุด คืออาการของเชื้อเห็บสมองอักเสบ มีอาการ ปวดศีรษะ ซึมลง และอาเจียน อาจมีอาการอัมพาตเพราะเนื้อสมองอักเสบ หรือเป็นฝีจากพยาธิ บางชนิด ประสาทปลายมือปลายเท้า ไขสันหลังเสื่อม มีอัมพาตได้ มะเร็งที่พบบ่อยในคนไทยที่ติดเชื้อเอดส์ คือมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ส่วนน้อย เป็น มะเร็งของหลอดเลือด ที่เรียกว่าคาร์โปซิ ซาร์โคมา (Kaposi Sacoma) มีลักษณะตุ่มหรือก้อนขนาดขอมสีม่วงคล้ำตามบริเวณ ผิวหนัง หรือในปาก อาการต่อม น้ำเหลืองโต และมีน้ำหนักลดลงอย่างมาก จนเหลือสภาพหนังหุ้มกระดูก (เกียรติ รักรุ่งธรรม, 2538; Fawcett, 1993 ; McCutchan, 1990)

ผลกระทบด้านจิตใจ จากสภาวะความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย เอดส์เป็นอย่างมาก ซึ่งนับตั้งแต่เมื่อทราบผลการตรวจเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกโกรธ มีความวิตกกังวลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อาจมีความคิดแยกตัวเองออกจากครอบครัวและสังคม (Dunchy, 1991) กลัวถูกรังเกียจจากสังคม กลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป เมื่อคิดถึง ชีวิตที่ใกล้ความตายทำให้มีความหวาดหวั่นถึงความไม่มั่นคงในชีวิตรู้สึกสูญเสียความหวังในชีวิต

(Flaskerud, 1995) รู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง (กนกเลขา แก้วสว่าง, 2540) บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า ในรายที่ไม่สามารถประกอบอาชีพที่เคยทำได้ ทำให้เกิดความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง มีความคิดที่จะทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาหรือยุติปัญหาที่เกิดขึ้น (ศิริชัย ดาริกานนท์, 2541) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะรู้สึกช็อก ไม่แน่ใจในผลการตรวจ ปฏิเสธไม่ยอมรับการติดเชื้อซึ่งเป็นเสมือนรอยมลทินหรือตราบาป ต่อมาจะรู้สึกผิด อาย แยกตัว ออกจากกลุ่มเพื่อน ที่ทำงานและครอบครัว ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ มีข้อจำกัดในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ต้องต่อสู้กับความรู้สึกสูญเสียในชีวิตหลายๆด้าน รู้สึกว่าต้องอยู่กับความตาย จนเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อจะสามารถทำใจยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นได้ กล้าเปิดเผยตัว เริ่มแสวงหาการรักษา และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Longo, Spross & Locke, 1990 ; Gaskins & Brown, 1992 ; Gibsons & Saunders, 1994 ; Fawcet, 1993)

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยเอดส์เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติต้องขาดรายได้ นอกจากนั้นการเจ็บป่วยยังต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่ง สหประชาชาติ, 2547) ในสังคมที่ยังไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์จึงเกิดความหวาดกลัวรังเกียจที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ถูกแบ่งแยกออกจากครอบครัวและสังคม บางรายถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังทำให้ประสบปัญหาและความยากลำบากในการใช้ชีวิต (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2541)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้ออย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปฏิบัติการต่างๆที่เกิดกับผู้ป่วยโรคเอดส์ มีสาเหตุมาจากความเครียดที่รุนแรง ซึ่งโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรง และที่สำคัญช่วงเวลาดังเดิมนั้นเรากำลังเผชิญกับภาวะการระบาดของโรค เป็นระยะเวลานาน ไม่สามารถคาดทำนายได้ และมีปัจจัยอีกหลายประการ ปฏิบัติการส่วนใหญ่จากสังคมต่อผู้ติดเชื้อต่างเป็นไปในทางลบ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดที่มีลักษณะเรื้อรัง มีความรุนแรง มีการสะสมต่อเนื่อง เกิดจากทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นจึงเกิดปัญหาจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังจะได้นำกล่าวต่อไป

2. ปัญหาจิตสังคมและการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผู้รักษาพยาบาลควรให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงและคุกคามชีวิต โรคที่ร้ายแรงหรือเรื้อรังย่อมมีผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างมาก โรคที่ไม่ร้ายแรงก็มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วยช่วงระยะหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยปรับตัวต่อโรคได้ ไม่ยากและกลับคืนสู่สภาพการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป (ศิริธรรม ธนะภูมิ, 2551) ผู้ป่วยที่รู้ว่า

ตนเองเป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือแม้แต่เพียงสงสัยจะมีอาการตกใจมาก มีความกังวลมากในขณะทีรอผลการวินิจฉัยที่แน่นอน การปฏิเสธหรือไม่ยอมรับว่าตนเป็นโรคนั้นเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย เช่น โทษว่าแพทย์อาจตรวจผิด และพยายามไปรับการตรวจตามที่ต่างๆ อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยทุกราย แต่การแสดงออกอาจแตกต่างกันไป ความหวาดกลัวและความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ตลอดจนความหมดหวัง ทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนไปในทางแยกตัวและซึมเศร้า นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังมีความกังวลต่อผลการรักษา อาการเนื่องจากการรักษาและการกำเริบของโรคอีกด้วย ปฏิกริยาเหล่านี้พบได้ในผู้ป่วยโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ดังเช่น ปฏิกริยาของผู้คิดเชื่อเอชไอวี ซึ่งมีปฏิกริยาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อกระตือรือร้นของการดำเนินของโรค ผู้ป่วยเพิกเฉยละเลยที่จะทำความเข้าใจในแนวทางการรักษา โดยเฉพาะการทำความเข้าใจถึงการดูแลตนเอง ความเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจอันเป็นผลมาจากการเผชิญปัญหา ตลอดจนกระบวนการในการเผชิญปัญหา และการปรับตัวของผู้คิดเชื่อเอชไอวี (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2535) ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจในปฏิกริยาตอบสนองของผู้คิดเชื่อเอชไอวี เพื่อการดูแลที่ถูกต้องต่อไป

ปฏิกริยาตอบสนองและความรู้สึกต่อสภาวะการติดเชื้อ

ผลกระทบทางด้านจิตสังคมที่พบในกลุ่มผู้คิดเชื่อและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งเป็นปฏิกริยาตอบสนองและความรู้สึกต่อสภาวะการติดเชื้อ 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1. ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ ช่วงนี้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีปฏิกริยาต่อการรับรู้การติดเชื้อของตนว่า เป็นข่าวร้ายที่สำคัญที่สุดในชีวิตอย่างหนึ่ง ก่อความรู้สึกสูญเสียหลายประการ ได้แก่ (ประยุตต์ เสรีเสถียร และดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, 2540)

ข้อค เป็นภาวะที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รับรู้ความจริงที่สะเทือนใจอย่างรุนแรง และกะทันหันเกินไป เกิดการปรับตัวปรับใจไม่ทัน ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้มักแสดงออกหลายอย่าง เช่น เศร้า เป็นลม หรือแสดงอารมณ์โกรธออกมารุนแรง การเตรียมผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะช่วยลดการกะทันหันในการรับข่าวสาร ซึ่งจะช่วยลดปฏิกริยานี้ลง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การปฏิเสธความจริง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าตนเกี่ยวข้อง หรือไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องของตนเอง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวที่จะเผชิญผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง และยังไม่พร้อมที่จะแก้ไข หรือเกิดความอายที่ผู้อื่นอาจจะรู้แล้วแสดงความรังเกียจหรือไม่ยอมรับ เกิดความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไป โดยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองได้ หรือรู้สึกท้อแท้ไม่มีโอกาส หรือมีเวลาให้เตรียมตัวเตรียมใจ ผู้ป่วยที่

อยู่ในระยะนี้ มักแสดงออกเหมือนไม่มีเหตุการณ์ผิดปกติใดๆ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

โกรธ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับความจริง เพราะไม่อาจปฏิเสธได้ เนื่องจากเหตุผลแวดล้อมยืนยัน หรือถูกกดดันจนต้องยอมรับความจริงโดยไม่สมัครใจ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ อาจแสดงความรู้สึกไม่พอใจออกมาตรงๆ เช่น แสดงท่าทีไม่ร่วมมือ ไม่รับฟัง อาจเอะอะ ก้าวร้าว ร้องไห้ ไม่พูด และไม่สบตา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การต่อรอง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยปฏิเสธความจริง ในระดับที่ไม่รุนแรง ไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้อง หรือความเกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อ หากแต่ปฏิเสธการยืนยันความจริง ในระดับเทคนิค เช่น ผู้ป่วยอาจยอมรับว่าตนเองมีความเสี่ยงอยู่บ้าง แต่เชื่อว่าการตรวจเลือดอาจจะมีโอกาสผิดพลาดได้ ระยะนี้ผู้ป่วยจึงมักแสดงออก ในลักษณะสอบถาม ความน่าเชื่อถือของการตรวจเลือดแต่ละชนิด สอบถามโอกาสเกิดการผิดพลาด ทั้งในแง่การเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ การตรวจ การแปลผล การแจ้งผล บางคนอาจเปลี่ยนที่ตรวจไปเรื่อยๆ หรือตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ซึมเศร้า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ความจริงมากขึ้น ยอมรับว่าเกี่ยวข้องกับตนเอง แต่รู้สึกว่าจะหมดหวังในการแก้ไข ท้อแท้ หรือไม่สามารทำให้คนรอบข้างยอมรับได้ สาเหตุเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สำรวจตนเอง มองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ไม่เข้าใจธรรมชาติของโรค และการดำเนินของโรค ผู้ป่วยเกิดความลำบากใจ ไม่รู้แหล่งให้ความช่วยเหลือ ระยะนี้มักแสดงออกในลักษณะต่างๆ เช่น เก็บตัว อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว เบื่ออาหาร น้ำหนักลดเร็ว ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว หลงลืมง่าย เป็นต้น ในบางรายอาจจำเป็นต้องให้ยารักษาอาการเศร้า และบางรายอาจคิดทำร้ายตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การยอมรับ เป็นขั้นตอนสุดท้าย ที่ผู้ป่วยยอมรับความจริง จนสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจเนื่องมาจากมีระยะเวลานานพอ จนทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ หรือได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

2. ระยะเรื้อรังตลอดอาการ ระยะนี้เป็นระยะเวลาที่มีความยาวนานหลายปี ไม่มีความแน่นอนในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ลงให้มากที่สุด ปฏิบัติทางจิตใจของผู้ติดเชื้อมีดังนี้ มีความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนหลายอย่าง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่างๆ ทุกข์ทรมาน บุคลากรเต็มใจช่วยเหลือหรือไม่ คนรอบข้างจะยอมรับหรือรังเกียจตนหรือไม่ เกิดความอับอายและความสงสัย เนื่องจากสิ่งที่ทำลงไปอาจเป็นพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับ สงสัย

ตนเองว่าจะทนต่อความอับอายได้หรือไม่ สงสัยคนอื่นว่ารู้แล้วจะมีปฏิกิริยาอย่างไร มีความรู้สึกผิดเนื่องจากอดีตที่ผ่านมาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากสิ่งที่ไม่พอใจ เช่น การดำเนินตัวเองที่มีพฤติกรรมเลวร้าย การที่ไม่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเท่าที่ควร เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อคนอื่นทราบความลับแล้วแสดงความรังเกียจ หรือดำเนินด้วยท่าทีหรือคำพูด เกิดความรู้สึกด้อยค่า เนื่องจากการปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกต่างๆ นั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก ต้องอาศัยเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงระหว่างความรู้สึกด้อยค่า และการมีคุณค่ากลับขึ้นมา ได้บ่อยๆ ในช่วงที่มีความรู้สึกด้อยค่า มักคิดว่าตนเองเป็นคนอ่อนแอ ไร้ค่ากว่าคนอื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำ ถึงความอ่อนแอซ้ำแล้วซ้ำอีก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

3. **ระยะสุดท้ายของชีวิต** เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางกายค่อนข้างมาก การพึ่งตนเองจะทำได้น้อยตามลำดับ การช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือด้วยยา การดูแลด้านร่างกาย เนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นจะรุนแรงขึ้นตามลำดับ ปัญหาส่วนใหญ่จึงเป็นการขัดแย้งต่างๆ ที่มีต่อบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ รู้สึกสองฝักสองฝ่าย ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มากๆ เพราะรู้สึกเวลาเหลือน้อยลงแล้ว อยากใช้เวลาให้มีค่าที่สุด แต่ก็มีความรู้สึกเวลาเหลือน้อยลงแล้ว อยากใช้เวลาให้มีค่าที่สุด แต่ก็มีความรู้สึกตนเองน่ารังเกียจ ไม่อยู่ในสภาพที่น่าดู รู้สึกท้อแท้ ผู้ป่วยบางรายทนไม่ได้ที่จะเห็นญาติเป็นทุกข์ ทนไม่ได้ที่จะเห็นใครมาสงสาร ทนไม่ได้ที่จะให้ใครเห็นความทุกข์ทรมานของตนเอง อาจจะพยายามอยู่อย่างโดดเดี่ยว ไม่ยอมให้ใครมาเยี่ยม รู้สึกหมกมุ่นกับตนเอง เมื่อญาติไม่ได้มาเยี่ยมจะทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองในลักษณะต่างๆ เช่น ญาติคงเบื่อหน่ายตน ไม่มีใครอยากยุ่งกับตนเอง ไม่มีใครให้อภัยในความผิดของตนเอง มองตนเองไร้ค่า มองอนาคตมืดมน รู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยนึกถึงอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่ไม่น่าสนใจ ไม่ถูกใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ระยะนี้อาการทางกายจะทรุดหนัก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัญหาจิตสังคมที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีดังนี้ ความวิตกกังวล ความเครียด ความท้อแท้ ความมีคุณค่าในตนเองลดลง มีอาการซึมเศร้าสิ้นหวัง เป็นต้น

ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นการตอบสนองของร่างกาย และจิตใจต่อการหวั่นเกรงอันตรายจากโรคเอดส์ มนุษย์ทุกคนจะมีความวิตกกังวลอยู่ตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีเพราะ เป็นเหมือนระบบเตือนภัย ช่วยให้การปฏิบัติงานที่อันตรายปลอดภัยขึ้น เนื่องจากเกิดความระมัดระวังและรอบคอบ บางคนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเช่นนี้ผิดปกติ เกิดนานเกินควรหรือปราศจากสาเหตุชัดเจน ในกรณีนี้จะกลับกลายเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน (ขรรจง พวงชมพู, สุพจน์ โชตสุขไพบุตย์และเอกราช อรรถมยากร, 2543) เนื่องจากจะ

กลายเป็นความหวาดกลัว ผลกระทบของความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากเกินไป จะมีผลต่อร่างกายและจิตใจ ผลที่มีต่อร่างกาย คือ ทำให้เกิดการปวดตื้อที่ศีรษะ เหมือนถูกบีบขมับ กระสับกระส่าย ปวดตามร่างกาย กลืนไส้ หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ มือสั่น เหงื่อออกมาก ปากแห้ง เสียงแหบพร่า ปัสสาวะบ่อยครั้ง และทำให้อนอนไม่หลับ อันเป็นเหตุให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย และทำให้ความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้นอีก เป็นผลต่อจิตใจ คือทำให้เกิดความตื่นกลัว หวาดวิตก ทำอะไรไม่ถูก คาดหวังในทางร้าย สับสน พุ้งซ่าน กระวนกระวาย เป็นต้น อาการวิตกกังวลที่มีมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรม ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งประกอบด้วยความรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สบายใจ กลัวหรือหวาดหวั่นโดยไม่มีสาเหตุ โดยมักมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจเกิดในระยะสั้นๆ หรืออาจเป็นเวลานานๆ จนถึงขนาดเกิดอาการเมื่อย่ำหรืออ่อนล้าได้ จะแตกต่างกับความกลัว (Fear) ตรงที่ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม จากภายนอกที่รู้สาเหตุแน่นอน แต่ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อ สิ่งคุกคามที่อยู่ภายในโดยไม่รู้สาเหตุ โดย DSM-III แบ่ง Primary anxiety disorder เป็น 2 ชนิด คือ Anxiety state และ Phobic disorder

Anxiety state ประกอบด้วยระยะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Panic disorder จะมีอาการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเกิดความกังวลอย่างปัจจุบัน รู้สึกกลัว มีอาการแสดงออกอย่างน้อย 4 อย่างดังต่อไปนี้ หายใจลำบาก, ใจเต้นหรือใจสั่น, เจ็บหน้าอก, แน่นอึดอัดในหน้าอก, หายใจไม่ออก, Paresthesia , หนาวๆ ร้อนๆ, เหงื่อแตก, หน้ามืด, สั่นสะท้าน, กลัวว่าจะตาย อาการเหล่านี้มีเกิดในช่วงระหว่างรอผลการตรวจการติดเชื้อหรือในช่วงแรกที่ทราบผลเลือด อาการดังกล่าวต้องเกิดอย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 3 อาทิตย์ (ยรรยง พวงชมพู, สุพจน์ ช่อสุขไพบูลย์ และเอกราช อรรถชยากร, 2543)

2. Generalized anxiety disorder มีอาการวิตกกังวลอย่างน้อย 1 เดือน ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี แต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ แสดงอาการ 3 ใน 4 อย่างต่อไปนี้ Motion tension autonomic hyperactivity apprehensive expectation ฝ่าแต่พินิจพิจารณาถึงเรื่องราวต่างๆ Obsessive-compulsive disorder มีอาการสืบเนื่องจาก Panic

3. Disorder และ Generalized anxiety disorder มีอาการวิตกกังวลใจอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่เป็นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็น และเป็นกับหลายๆ เหตุการณ์ หรือหลายๆ กิจกรรม

โดยที่ผู้ป่วยมิได้ตั้งใจจะนึกถึงเรื่องดังกล่าว และทราบว่าเป็นสิ่งที่ไร้สาระแต่ก็ยังนึกขึ้นมา และผู้ป่วยจะมีการย้ำทำซ้ำๆ เพราะถ้าทำแล้วรู้สึกสบายใจ

4. Post-traumatic stress มีลักษณะดังต่อไปนี้ เกิดความไม่สบายใจหลังได้รับความเครียด รู้สึกตัวเองเข้ากับผู้อื่นไม่ได้เหมือนแต่ก่อน ย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก, รู้สึกเหมือนเรื่องราวที่เคยเกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นอีก, ฝันร้ายและนอนไม่หลับ หรือมีการแสดงออกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง เช่น ระวังตัวมากเกินไป, ความจำบกพร่อง, หลีกเลียงกิจกรรมที่กระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ที่ตนเองประสบมา หรือเมื่อพบเหตุการณ์นั้นๆ อาการจะเกิดมากขึ้น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เสี่ยงกับการเกิดความวิตกกังวลได้ตลอดเวลา เนื่องจากเกิดความไม่เข้มแข็งทางด้านจิตใจจากผลกระทบจากโรคเอดส์ (ยรรยง พวงชมพู, สุพจน์ ซอสุขไพบูรณ์ และเอกราช อรรถมากร, 2543)

ความเครียด ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจนเกิดความเครียดสะสม ลาซารัส และ โพลท์แมน (1984) ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเกินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ และเข้ามาคุกคามสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์นั้นๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ จะมีผลต่อการประเมินตัดสิน (Cognitive appraisal) ของบุคคลในการประเมินสถานการณ์นั้นๆว่ามีผลต่อตนเองอย่างไรโดยการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และการประเมินตัดสินขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เพื่อประเมินแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่หรือทางเลือกที่จะจัดการกับปัญหานั้น ซึ่งการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และทุติยภูมิ (Secondary appraisal) นี้มีความเท่าเทียมกันไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินลักษณะใดก่อน บุคคลอาจจะประเมินสิ่งเร้าในลักษณะใดก่อนก็ได้ นอกจากนี้บุคคลอาจจะมีการประเมินต่อเนื่องจากการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) คือการประเมินใหม่ (Reappraisal) ซึ่งหมายถึงการประเมินเนื่องจากได้ข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อม การจัดการความเครียดได้นั้น มีผลต่อการช่วยเพิ่มระบบภูมิคุ้มกัน คือเพิ่มระดับของ CD4 และลดระดับของจำนวนเชื้อไวรัสหรือ Viral load ซึ่งในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง และมีการฉวยโอกาสในผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเอดส์ (Leserman, 2008) ผลของความเครียดทางจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งคือการเกิดอนุมูลอิสระ ที่เป็นต้นเหตุของความเสื่อมทั้งหลาย รวมถึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายหลายชนิด (จูริย์พร จันทรภักดี, 2550) ดังนั้นการจัดการกับความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อนำไปสู่โรคแทรกซ้อน และปัญหาซึมเศร้าพยายามฆ่าตัวตายต่อไป

ความท้อแท้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีผลกระทบด้านจิตใจ อาจท้อแท้ สิ้นหวัง และถ้าเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายได้ เมสลาค และ

แจ็กสัน (Maslach and Jackson, 1978 : 113) กล่าวว่า ความท้อแท้มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ลักษณะที่แสดงออกได้แก่ ความเหนื่อยอ่อนสิ้นเรี่ยวแรงตลอดจน ความคับข้องใจ และความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ซึ่งเมื่อเกิดความรู้สึกนี้นานๆ จะทำให้มีอุปสรรคการปฏิบัติงาน 2) ความด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคล ลักษณะที่แสดงออกได้แก่ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อบุคคลอื่น เฉยเมย ไม่ใส่ใจบุคคลอื่น มีความระแวงต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง และมองบุคคลอื่นในแง่ร้าย 3) ความรู้สึกที่ไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานของตน โดยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และไม่สามารถที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ นอกจากนี้แมสลาห์ และแจ็กสัน (Maslach and Jackson, 1978 : 113 อ้างใน กรมควบคุมโรค, 2551) ยังกล่าวอีกว่าความท้อแท้เป็นอิสระต่อกันไม่จำเป็นต้องสืบต่อเป็นขั้นๆ จากลักษณะหนึ่งไปยังอีกลักษณะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ประสบกับความท้อแท้ อาจประสบความท้อแท้ทั้งสามลักษณะนี้พร้อมกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความคับข้องใจ และความเครียด ความด้อยสัมพันธ์ภาพต่อบุคคล ลักษณะที่แสดงออกได้แก่ มีเจตคติที่ไม่ดีต่อบุคคลอื่น เฉยเมย ไม่ใส่ใจบุคคลอื่น มีความระแวงต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง และมองบุคคลอื่นในแง่ร้าย ที่เกิดจากผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเมื่อเกิดความรู้สึกนี้นานๆ จะทำให้มีอุปสรรคการปฏิบัติงาน ความรู้สึกที่ไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานของตน โดยรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ และไม่สามารถที่จะให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ลักษณะหนึ่งลักษณะใด มากกว่าลักษณะอื่นๆ สรุปได้ว่า ความท้อแท้เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย อ่อนล้า คับข้องใจ มีลักษณะคล้ายกับความเครียดแต่เป็นความเครียดที่ไม่ได้รับการผ่อนคลาย ลักษณะอาการของผู้ที่ท้อแท้จะเกิดขึ้นทั้งทางพฤติกรรมร่างกายและเจตคติ ซึ่งลักษณะอาการบางอย่างจะแสดงออกมาหรืออาการบางอย่างก็ซ่อนเร้นอยู่ในตัวของผู้นั้น จนกระทั่งมีการแสดงออกมาทางคำพูดและการกระทำ จึงจะสังเกตได้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีอาการของความท้อแท้ ลักษณะอาการต่างๆ มีดังนี้ (Muldaaly, 1983 : 5 อ้างใน กรมควบคุมโรค, 2551) ลักษณะทางพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ท้อแท้แสดงออกคือ มีความสนใจและความเอาใจใส่ต่อผู้อื่นลดน้อยลงไป หรือปฏิบัติงานด้วยความเย็นชา เฉยเมย ขาดกำลังใจและความพยายามที่จะทำงาน โกรธง่าย หงุดหงิด ซึมเศร้า วิตกกังวล สูญเสียความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และขาดสมาธิในการทำงาน ลักษณะทางด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ท้อแท้นั้นจะมีความเหนื่อยล้า หดแรงแรง หดพลัง เป็นไข้ หรือปวดศีรษะบ่อยๆ มีอาการทางระบบย่อยอาหาร นอนไม่หลับ ส่วนลักษณะที่แสดงออกทางด้านเจตคติของบุคคลที่ท้อแท้ ได้แก่ การมองผู้อื่นในแง่ร้ายระแวงต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง มีความมุงหวงในชีวิตต่ำลง รู้สึกตัวเองไม่มีความสามารถที่จะทำงานให้ได้รับความสำเร็จและคิดว่าไม่มีสิ่งใดที่มีความสำคัญต่อตนเอง

(กรมควบคุมโรค, 2551) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขความท้อแท้

ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางที่ดี มีความเชื่อมั่นในตน ยอมรับตน มีความรู้สึกว่าตนเองมีความหมาย ความสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของผู้อื่นและสังคม สามารถทำอะไรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตนได้ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความจำเป็นพื้นฐานสำหรับมนุษย์ ซึ่งสามารถทำให้นมนุษย์มีการพัฒนาหรือดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากมีผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม กลัวบุคคลรอบข้าง สังคม มองตนเองเป็นบุคคลไม่ดีเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งรักษาไม่หายและมีอาการน่ารังเกียจ ทำให้มองตนเองว่าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ในหน้าที่การงาน ทำให้ปฏิเสธตนเอง ไม่ยอมรับตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าในสังคม (Rosenberg อ้างใน เสาวภา วิชิตวาทย์, 2534) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ประกอบด้วยความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการความปลอดภัย ความรักและความเป็นเจ้าของ การยกย่องและนับถือ เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน ที่เพียงพอจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (นิดารัตน์ ชูวิเชียร, หรรษา เศรษฐบุปผา, ขวัญพนมพร ธรรมไทย และณรงค์ มณีทอง, 2550) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สำคัญมาก ในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม เป็นพื้นฐานของสุขภาพจิตและเป็นพื้นฐานของมนุษย์ตามทฤษฎีของมาสโลว์ โดยมาสโลว์ได้จัด ลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น ซึ่งความต้องการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem need) จัดอยู่ในขั้นที่ 4 รองลงมาจากความต้องการสร้างความประจักษ์ตนหรือความต้องการเข้าใจและการเป็นตัวของตัวเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization need) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เกิดขึ้นจากการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ประเมินออกมาในรูปทัศนคติหรือความเชื่อว่าตนจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว หากประเมินแล้วอยู่ในด้านลบ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะรู้สึกมีปมด้อย อ่อนแอ ไม่มั่นใจ ในทางกลับกัน หากประเมินแล้ว อยู่ในด้านบวก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต สามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกผิดหวังและท้อแท้ใจได้ ด้วยความเชื่อมั่น ความหวังและความกล้าหาญ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถดำเนินชีวิตตามที่ตนปรารถนาได้ นอกจากนั้นยังช่วยให้มีพลังในการหลีกเลี่ยงปัญหาารุนแรงในอนาคตได้อีกด้วย (ทวีพร พาณิชย์พงษ์, 2551)

อาการซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีภาวะซึมเศร้า (ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน,

2542 ; นิสารัตน์ เขตวรรณ, 2543 ; มาลัย พัฒนา, 2545) แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ มีผลทำให้เกิดอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ได้เร็วขึ้น เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า (Lasalle & Lasalle, 1998) และการเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังอาจส่งผลต่อการมีอาการแสดงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ (Leserman, 2003) ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสพบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Errlen, Mellors, & Thato, 2002) และนิสารัตน์ เขตวรรณ (2543) ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวอาจจะสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์มีการดูแลตนเองลดลง อาจมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ (Maldonado et al., 2003) และมีอิทธิพลต่อการมีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chandra, Ravi, Desai, & Subbakrishna, 1998) จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เอดส์ส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์

ความหวัง หมายถึง ความประสงค์อย่างแรงกล้าที่จะกระทำการบางอย่าง อาจเป็นสิ่งที่จริงหรือสิ่งที่สมมติขึ้นก็ได้ และมีโอกาสที่จะเป็นไปได้ เกิดขึ้นได้ หรือปรากฏให้เห็นได้ โดยสามารถชี้แจงเหตุผลให้เข้าใจ และมีกำหนดระยะเวลา (The American Heritage Dictionary 1991 : 18) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ มีความหวัง มีความต้องการที่จะมีชีวิตที่ดี และปกติสุข ได้รับการยอมรับจากสังคม แต่ด้วยผลกระทบจากโรคเอดส์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ความหวังลดต่ำลง ความหวังนั้นเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่สามารถกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุข ส่วนอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่กำหนดทิศทางของเป้าหมายนั้น ความหวังเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการคงอยู่ของชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีอุดมการณ์ของชีวิต และมีความหวังจะทำให้เกิดกำลังใจ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ปราศจากโรคแทรกซ้อน จะทำให้มีกำลังใจและจิตใจที่เข้มแข็ง ทำให้มีชีวิตอยู่ยืนยาว และใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างมีคุณค่ามากที่สุด แนวทางการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี / โรคเอดส์ที่ได้ผล ได้แก่ การทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้สึกว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ และได้รับการสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง และมีความหวัง

ในการสร้างกำลังใจให้กับตนเอง ทำให้มีการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ในเรื่องที่มีความเป็นไปได้มากขึ้น (เรณูการ์ ทองรอดคำ, 2541) การพัฒนาความหวังตามกรอบแนวคิดของเบคและคณะ (Beck et al., 1984) กล่าวว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการพัฒนาสัมพันธภาพ มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาของตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งเลือกทางเดินชีวิตของตนเอง โดยมีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมในการไปสู่เป้าหมาย ตลอดจนสามารถวางแผนอนาคตของตนเองได้ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถพัฒนาความหวังได้โดยการเสริมสร้างความหวัง (กนกวรรณ ทิฆะ, 2544)

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัญหาโรคเอดส์ส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วิธีการหนึ่งที่จะทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีคือ การพัฒนาและส่งเสริมความสามารถการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ มีผู้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไว้เป็นจำนวนมาก และเพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาปรับใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงจำเป็นต้องศึกษาและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับตัวและการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนี้

พฤติกรรมการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรม หรือความรู้สึกลบสนองเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้มีผู้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะดังนี้

ลาซาลัส (Lazarus, 1984) ได้อธิบายการปรับตัวของมนุษย์ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ระบบของร่างกายที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิด (Cognitive aspect) จะทำการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร เพื่อปรับเปลี่ยนและควบคุมตนเอง สามารถสังเกตและวัดได้

ซิกแมน (Sigman, 1981) ได้ให้ความหมายการปรับตัวไว้ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลหรือกลุ่มคนได้เผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคลเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ต้องการ

แรมโบ (Rambo, 1984) ได้ให้ความหมายการปรับตัวไว้ว่า การปรับตัวหมายถึง การตอบสนองทางบวกที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต

รอย (Roy, 1999) ได้อธิบายความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม เพื่อปรับให้คงสภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นการปรับตัวจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ตอบสนองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากการปรับตัวในหลายด้านแล้วควรมีการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วย

เนื่องจากภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีผลกระทบต่ออาการของโรค ความร่วมมือในการรักษา และผลการรักษา พยาบาลควรให้ความสนใจ สังเกตและซักถามผู้ป่วยถึงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ เมื่อทำการสนทนากับผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลา ที่มีความกดดันทางอารมณ์สูง ได้แก่ ขณะผู้ป่วยรอทราบผลการตรวจ ขณะตัดสินใจรับการรักษา ภายหลังการรักษา ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลัวโรคกำเริบ หรือวิตกกังวล ทางกายและสูญเสียความมั่นคง ทางใจ อาการซึมเศร้าอาจสังเกตได้จากอารมณ์ที่แสดงออกของผู้ป่วย และตรวจพบอาการทางจิตใจอย่างอื่น ได้แก่ ความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้องไห้บ่อย สมาธิไม่ดี รู้สึกว่าตนผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า รู้สึกหมดหวัง และไม่มีใครช่วยเหลือตนได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ความต้องการทางเพศลดลง หงุดหงิดมาก ถ้าเป็นมากอาจแยกตัว ไม่พบผู้คน ผู้ป่วยโดยทั่วไปจะสามารถปรับตัวได้ แม้ว่าโรคจะไม่หาย แต่เขาจะผ่านพ้นภาวะกดดันทางจิตใจอันทุกข์ทรมานนี้ไปได้ด้วยความยากลำบากแตกต่างกันไปในแต่ละคน (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2551) ฉะนั้นการปรับภาวะจิตสังคม (psychosocial adjustment) เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการพิจารณาผลลัพธ์ของการปรับตัว โดยประเมินสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการปรับทางจิตสังคมด้านต่างๆ ต่อความเครียด เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งด้านสุขภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม (Derogetis, 1986)

เดอโรเกติส (Derogetis, 1986) ได้ให้ความหมายของการปรับทางจิตสังคมว่า หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม เดอโรติส มีแนวคิดว่า มนุษย์ทุกคนต้องมีการปรับตัวด้วยกันทั้งสิ้น ซึ่งแต่ละคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันออกไป เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายพิจารณาจากการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านจิตใจพิจารณารวมถึง เจตคติ ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางจิตใจ ส่วนทางด้านสังคมพิจารณารวมถึงแรงผลักดันทางสังคม และสัมพันธภาพของบุคคล และสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัว ได้แก่

สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สภาพแวดล้อมทางสังคม สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน จากแนวคิดนี้ เดอโรเกติส จึงได้สร้างแบบวัดการปรับทางจิตสังคม โดยประเมินจาก 7 ด้าน ดังต่อไปนี้คือ

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (health care orientation) เป็นการปรับตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิด และความต้องการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การดูแลสุขภาพของตนเอง ความต้องการการดูแลเอาใจใส่ และความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษา เป็นต้น
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (vocational environment) เป็นการปรับตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิด ที่เป็นผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อการปฏิบัติงาน เช่น การขาดงาน และไม่สามารถทำงานได้เช่นเดิม เป็นต้น
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (domestic environment) เป็นการปรับตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิดเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัว งานบ้านที่รับผิดชอบ ความต้องการความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง และผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในครอบครัว
4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (sexual relationship) เป็นการปรับตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึคนึกคิดเกี่ยวกับคุณภาพของสัมพันธภาพทางเพศระหว่างสามีและภรรยาในระหว่างการเจ็บป่วย เช่น ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความผิดปกติทางด้านเพศ และการเกิดปัญหาหระหว่างสามี และภรรยาที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวกับญาติ (extended family relationship) เป็นการปรับตัวของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพกับญาติ ความสนใจที่จะพบปะญาติที่ไม่ได้อยู่ร่วมกันในขณะเจ็บป่วย และความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่อยู่ห่างกัน
6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (social environment) เป็นการปรับตัวเกี่ยวกับการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และความสนใจในการใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น
7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (psychosocial distress) เป็นการปรับตัวของบุคคลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเศร้า ความรู้สึกผิด การตำหนิตนเอง ความกลัว ความรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า และการสูญเสียภาพลักษณ์จากการเจ็บป่วย

โดยสรุป การปรับภาวะจิตสังคม หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ

3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ 5) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย 6) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และ 7) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Derogatis, 1986)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับสิ่งที่คุกคามชีวิต คือ ความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่มียารักษา และต้องเสียชีวิตทุกราย ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการปรับทางจิตสังคม เพื่อดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปได้ ทั้งนี้ต้องมีการปรับทางจิตสังคมเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล การปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับทางจิตสังคมของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ซึ่งมีแนวคิดว่าคุณคนจะมีแบบแผนในการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทางด้านการร่างกายพิจารณาจากการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านจิตใจพิจารณาถึงเจตคติ ความรู้สึก อารมณ์ ความไม่สุขสบายทางจิตใจ ส่วนด้านสังคมพิจารณา รวมถึงแรงผลักดันทางสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพของบุคคลและสังคม ซึ่งจะมีการปรับทางจิตสังคมประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Derogatis, 1986)

1. ด้านการดูแลสุขภาพ จากผลกระทบด้านร่างกายต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้ว จะให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันเสื่อม มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย และเจ็บป่วยบ่อย (กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีการปรับตัวทางด้านการร่างกาย เพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลของร่างกาย และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสแล้ว จะต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นระยะแรกของการได้รับยาต้านไวรัส เช่น มีผื่นขึ้น เจ็บชายโครงขวา มีอาการอักเสบของเยื่อเมือก เช่น ตาแดง ริมฝีปากบวมแตก หรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน และพบปัญหาที่เกิดจากปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; วิไล โครตจิตรธรรม, 2546) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีการปรับทางจิตสังคมในด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค อยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ดูแลรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ตลอดจนการร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ และรับการติดตามประเมินผลการรักษาจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ จากผลกระทบด้านร่างกายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งทำให้สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มิสามารถทำงาน หรือประกอบอาชีพได้ จึงทำให้ขาดรายได้ (จิระภา ศิริวัฒนธานนท์ และคณะ, 2543) จึงต้องมีการปรับตัว ด้านการทำงานเพื่อให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง อาจตกงาน ขาดรายได้ ไม่มีเงิน หรือค่าใช้จ่ายในการรักษา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; วิไล โครตฐิติธรรม, 2546) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีการปรับทางจิตสังคม ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ โดยการเปลี่ยนเป้าหมายในการทำงานให้เหมาะสม กับภาวะสุขภาพ ดูแลเอาใจใส่ตนเอง เรื่องการรับประทานยา และการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ความหวังยังช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้การดำเนินโรคไปสู่ระยะที่รุนแรงช้าลง (Cohen, 1988; Relf, 1997) จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำงาน หรือปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้เป็นปกติ

3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการติดเชื้อเอชไอวี ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง คือเกิดความหวาดระแวงกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ไม่ไว้วางใจกัน (กาญจนา แก้วเทพ, 2542) สังคมมีความรังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัว (สมคิด โพธิชนะพันธุ์ และคณะ, 2543; จิระภา ศิริวัฒนธานนท์ และคณะ, 2543; นมิตา ล. สกุล, 2544) และเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ไม่เปิดเผยผลเลือดและการเจ็บป่วยแก่คนรอบข้าง หรือครอบครัว เพราะกลัวไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดปัญหาเช่น กลัวคนอื่นรู้ หรือปิดบังคนรอบข้างและครอบครัว ท้อแท้ กลัวไม่ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือ หรือไม่มีใครมาส่งเมื่อเวลามารับบริการที่โรงพยาบาล (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; วิไล โครตฐิติธรรม , 2546) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีการปรับทางจิตสังคมด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน คือการเปิดเผยความจริงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี และการรับยาต้านไวรัส ให้แก่สมาชิกในครอบครัวทราบเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจ เห็นใจ เอาใจใส่ดูแล ให้ความรัก ความอบอุ่น และปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , 2546) ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปรับทางจิตสังคมที่เหมาะสมได้

4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ จากผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรสจะได้รับผลกระทบมากที่สุด คู่สมรสจะมีสัมพันธภาพทางเพศเปลี่ยนแปลงไป เช่น การมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรือไม่มีเลย (ทัศนศรี เสมือนเพชร, 2541) ทำให้ชีวิตคู่เสี่ยงต่อการแตกหักในที่สุด (วรรณชัย คำปาแล้ว, 2545) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องมีการ

ปรับทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพทางเพศกับคู่สมรสให้เหมาะสม กล่าวคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่ม นั่นคือ การทำความเข้าใจกับคู่สามี ภรรยาในการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง การใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม

5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกสังคมรังเกียจ คือการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวลดลงตลอดจนสัมพันธภาพส่วนบุคคลลดลง เก็บตัว ไม่กล้าเข้าสังคม เพราะกลัวว่าจะถูกสังคมรังเกียจตลอดจนสัมพันธภาพส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลง เพราะมีการติดต่อกับญาติ และเพื่อนฝูงลดลง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) ส่งผลกระทบต่อการรักษา คือการไม่เปิดเผยผลเลือด และการเจ็บป่วยแก่ญาติ หรือคนรอบข้าง เพราะกลัวไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดปัญหา บางครั้งกลัวคนอื่นรู้ ปิดบังคนรอบข้าง ครอบครัวเกิดความท้อแท้ ไม่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือ และไม่มีใครมาส่งเมื่อเวลามารับยา (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; วิไล โครตฐิติธรรม, 2546) จึงจำเป็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีการปรับทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล พร้อมทั้งมาพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่ตามนัดทุกครั้ง เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา จะช่วยส่งเสริมการปรับทางจิตสังคมที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม จากการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลทำให้สังคมรังเกียจนอกจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ครอบครัวและญาติพี่น้องยังได้รับผลกระทบด้านสังคมด้วย (ประเทือง พิมพ์โพธิ์, 2541) ผลกระทบที่ตามมาคือ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวลดลง ตลอดจนสัมพันธภาพส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลง เพราะมีการติดต่อกับญาติ และเพื่อนฝูงลดลง (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540) จำเป็นต้องมีการปรับทางจิตสังคมในด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อเกิดผลดีต่อการรักษา กล่าวคือ การเปิดเผยความจริง เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี กับคนรอบข้างที่ไว้วางใจเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และเปิดเผยข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการรักษา ซึ่งการศึกษาของ อรพิน เกตุแก้วมณี (2541) พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่คิดหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน และการศึกษาของอ้อมใจ สิทธิจำลอง (2542) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมเหมือนช่วงก่อนเจ็บป่วย

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อด้านจิตใจพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล คิดมาก ท้อแท้ กลัวอาการของโรคปรากฏ และกลัวตาย (จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, 2543) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีปัญหาที่พบคือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ไม่กล้าบอกความจริงแก่ผู้ให้การรักษา เนื่องจากกังวล กลัวถูก

ตำหนิ หรือหมดกำลังใจ แต่ยังไม่เห็นผลการรักษา หรืออาการยังไม่ดีขึ้น (วิไล โครตฐิติธรรม, 2546) ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีการปรับทางจิตสังคมด้านความไม่สุขสบายใจ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องเปิดเผยตัวเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนให้ข้อมูลที่เป็นจริงกับเจ้าหน้าที่ เพื่อประโยชน์ในการรักษา และรับการติดตามประเมินผลการรักษาจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัดทุกครั้ง เพื่อรับฟังคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นผลดีต่อการรักษารวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการดูแล (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยเกี่ยวกับการปรับจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้ โดยใช้เครื่องมือ Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) สร้างโดยเดโรเกติส (Derogatis) มี 7 มิติประกอบด้วย 1) การรับรู้สุขภาพและการรักษาโรคของตนเอง (Health care orientation) 2) การปรับตัวด้านอาชีพการงาน (Vocational environment) 3) การปรับตัวในครอบครัว (Domestic environment) 4) ความสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relation) 5) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ (Extended family relationships) 6) การมีสังคมและการทำกิจกรรม (Social environment) และ 7) ความยุ่งยากใจ (Psychological distress) เดโรเกติส (Derogatis, 1986) ได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินเรียกว่า แบบวัดการปรับภาวะจิตสังคมต่อความเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ จำนวน 45 ข้อ โดยประเมินการปรับทางจิตสังคม 7 ด้าน และเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีการปรับทางจิตสังคม ด้านการดูแลสุขภาพ คือการรับประทานยาอย่างถูกต้อง และตรงเวลา ไปตรวจตามนัด สังเกตอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของการรักษาความสะอาดของร่างกาย การหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค ดูแลการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ คือการประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้เลี้ยงตัวเอง และครอบครัวเมื่อสุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น ด้วยสภาพแวดล้อมภายในบ้าน คือการบอกกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกได้เข้าใจและดูแล เป็นการสร้างความสัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ด้านสัมพันธ์ทางเพศ คือการทำความเข้าใจกับคู่สามี ภรรยา ในการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง การใช้ถุงยางอนามัย ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวขยาย คือการได้รับความเข้าใจและยอมรับจากญาติพี่น้อง เพื่อเกิดกำลังใจ และการช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม คือการได้รับการยอมรับไม่ถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความมั่นใจที่จะเปิดเผยตัวเองเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมตามปกติ และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ คือการเข้าใจถึงลักษณะและ

อาการของโรคที่เป็นอยู่การมีจิตใจที่เข้มแข็ง อยู่อย่างมีความหวัง ไม่ท้อแท้ ยอมรับและเข้าใจตัวเอง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามอัธยาศัย

ปัญหาจิตสังคมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของการเจ็บป่วยนำมาซึ่งการปรับตัวและความต้องการการช่วยเหลือ จากการศึกษาของ ครุณี รุจกรกานต์ (2544) พบว่าผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อต้องการได้รับบริการด้านต่างๆดังนี้ 1) ด้านร่างกาย : ต้องการตรวจร่างกายสม่ำเสมอ ต้องการยารักษาอาการต่างๆ 2) ด้านสังคม : ต้องการให้สังคมยอมรับมากกว่านี้ อยากให้มีการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยให้ชุมชนยอมรับ อยากให้มีการรวมกลุ่มในชุมชนในหมู่บ้าน ทำให้ไปมาหาสู่กันง่าย โดยเฉพาะในชุมชนที่ยอมรับผู้ติดเชื้อ 3) ด้านเศรษฐกิจ : ปัญหาเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่สำคัญมาก ดังนั้นจึงต้องการในด้านของทุนการเล่าเรียนสำหรับบุตรหลาน ประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์เรื่องการรักษาพยาบาลปัญหา และความต้องการของผู้ติดเชื้อในระยะเวลาต่างๆของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายจิตใจ หรือสังคม ปัญหาและความต้องการเหล่านี้จะต้องได้รับการดูแลและตอบสนองไปในทิศทางที่เหมาะสม

จากการศึกษาพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาจิตสังคมและผลกระทบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้

แน่นน้อย ย่านวารี (2537) ศึกษาสิ่งเร้าความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบาราसनราคร นนทบุรี และโรงพยาบาลศิริราช กรุงเทพฯ พบว่า สิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกายที่ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ได้รับ 4 ลำดับแรก อาการไข้ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และเบื่ออาหาร ส่วนสิ่งเร้าความเครียด ด้านจิตสังคมที่ผู้ป่วยเกือบทุกรายได้รับคือ การเปลี่ยนแปลงรูปร่างลักษณะของร่างกาย และการระมัดระวังต่อการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนความเครียดของผู้ป่วยเอดส์พบบ่อยที่สุด คือความรู้สึกละอายใจจากการเจ็บป่วยเป็นความผิดของตนเอง การเผชิญความเครียดที่มุ่งแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยเอดส์ใช้บ่อยที่สุด คือการพยายามอย่างเต็มที่ที่จะดูแลตนเองให้สภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ดีขึ้น ส่วนการเผชิญความเครียดมุ่งเน้นอารมณ์ที่ผู้ป่วยใช้บ่อยที่สุดคือ การพยายามคิดว่าตนเองไม่ได้ติดเชื้อเอดส์

สุเทพ จันทรเมธิกุล, เปรมจิต อนุมาน, มารศรี ศรีประเสริฐ, สมภววรรณ ภาควณิ และเดือนเด่น จันทรโคตร (2540) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัญหาด้านจิตใจ และกระบวนการแก้ปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภายหลังได้รับคำปรึกษาจากคลินิกให้คำปรึกษา ที่โรงพยาบาลมุกดาหาร ศึกษาพบว่าปัญหาด้านจิตใจ และกระบวนการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง หลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ในระยะแรกกลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้สึกตกใจกลัวตาย โกรธที่คนอื่นมาแพร่เชื้อ กลัวอาการของโรคจะปรากฏ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะแก้ปัญหา โดยการ

ปรึกษาแพทย์รักษาสุขภาพให้แข็งแรง และหาที่พึ่งทางใจอื่น เช่น การรักษาทางไสยศาสตร์ ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีจิตใจคลายความเครียดลงได้ ทั้งนี้มีครอบครัวคอยสนับสนุนและให้กำลังใจ โดยมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในหารแก้ปัญหาคือ กลัวสังคมจะรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ สุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง และไม่มีรายได้

ดี มารา (1987) ศึกษาพฤติกรรมในการควบคุมตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยทำการศึกษา ความแปรปรวนด้านอารมณ์ในชายรักร่วมเพศที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความแปรปรวนทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลสูงมักจะใช้วิธีการปฏิเสธความจริงในการควบคุมตนเอง

แฟรงคลิน (1988) ศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะแรก โดยทำการศึกษาใน ผู้ติดเชื้อเอดส์เพศชายที่ไม่แสดงอาการ และที่เริ่มแสดงอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ จำนวน 49 คน พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 57 เปอร์เซ็นต์ เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความท้อแท้สิ้นหวัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์จะรู้สึกห่างเหินจากสังคม โดนปฏิเสธและรู้สึกไม่ไว้วางใจ

โดยสรุป ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ มีข้อจำกัดในการอยู่ร่วมกันในสังคม ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากโรคเอดส์มีการดำเนินโรคไม่แน่นอน ไม่สามารถคาดการณ์ หรือทำนายระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินโรคได้ ทำให้เกิดปัญหาเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอนาคตได้ ซึ่งความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ จะแสดงออกทางสรีระ และกระบวนการทางความคิด ทำให้มีปัญหาผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ด้านร่างกายทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอดส์ได้ง่ายทำให้เกิดอาการของโรคติดเชื้อหลายๆ อย่างตามมา ด้านจิตใจทำให้เกิดปัญหามากมาย อาทิเกิดความเครียด คิดมาก ขาดความมั่นใจในตนเอง ซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ด้านสังคมพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มักถูกแบ่งแยก บางครั้งมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นต้น จากผลกระทบดังกล่าวผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องการการปรับตัวเป็นอย่างมาก ซึ่งถ้าปรับตัวไม่ได้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาจิตสังคมตามมา

การช่วยเหลือและการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในการปรับภาวะจิตสังคม

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ทำให้สูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกายจิตสังคม พยาบาลต้องให้ความสำคัญและสนใจอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ต้องการความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ที่ไม่แน่นอน ที่เกี่ยวกับความเศร้า โกรธ สิ้นหวัง รู้สึกผิด ท้อแท้ และรู้สึกสูญเสีย ความสูญเสียอาจเริ่มจากการสูญเสียการเคลื่อนไหว ความเป็นอิสระ รู้สึกตนเองไร้ค่า สูญเสียการควบคุม จนถึงความตายที่กำลังใกล้เข้ามา (วิจิตร ศรีสุพรรณ

วิลาวุธ เสนารัตน์ วิลาวุธ พิเชิธรเสถียร และคณะ, 2537) การให้การพยาบาลด้านจิตใจในผู้ป่วยโรคเอดส์ มีเป้าหมาย สำคัญ 2 ประการคือ 1) ให้ผู้ป่วยยอมรับการวินิจฉัยโรค การยอมรับการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยต้องการเวลาและความรู้ เพื่อการปรับตัวด้านจิตสังคม ความรู้ที่ต้องการได้แก่ การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษา การป้องกันและควบคุม การปฏิบัติตัวตามระยะต่างๆ ของโรค 2) คือการคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพ และการควบคุมชีวิตของผู้ป่วยเอง โดยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกของตนเอง พยาบาลต้องรับฟังด้วยความตั้งใจ และสนใจ ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความทุกข์ทรมานใจมาก ต้องการกำลังใจ การช่วยเหลือประคับประคองจิตใจอย่างมาก พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีเจตคติที่ดี ไม่มีความกลัวหรือวิตกกังวล มีสุขภาพจิตดี มีความเมตตา กรุณาสูง มีความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย มีความเข้าใจในผู้ป่วย มีคำพูดสุภาพ อ่อนโยน มีคำอธิบายสิ่งต่างๆ ที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ถ้อยคำกระชับสั้น ให้ความสนใจผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ มีความเป็นกันเอง มีความสามารถในการสร้างบรรยากาศให้เกิดความยอมรับ เข้าถึง ความรู้สึกของผู้ป่วย เข้าใจพื้นฐานการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย มีทักษะในการสังเกตที่ดี สิ่งสำคัญในการพยาบาลด้านจิตสังคมคือ พยาบาลต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากพอ ต้องสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อถือ (วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวุธ เสนารัตน์ วิลาวุธ พิเชิธรเสถียร และคณะ, 2537) ประเมินแนวทางในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม ร่วมมือกับบุคลากรอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ พระ จิตแพทย์ เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม (วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวุธ เสนารัตน์ วิลาวุธ พิเชิธรเสถียร และคณะ, 2537) แนวทางการจัดกระทำเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์มีดังต่อไปนี้

จิตบำบัด (Psychotherapy) จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งที่ใช้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาทางอารมณ์ ซึ่งผู้บำบัด(therapist) หรือ ผู้ให้การบำบัดที่ได้รับการฝึกมาเพื่องานด้านนี้โดยเฉพาะก็จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ (ทินกร วงศ์ภากรันย์, 2549) บุคคลที่จะทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้มีด้วยกัน 3 ฝ่าย คือ 1) จิตแพทย์ (Psychiatrist) เป็นผู้เชี่ยวชาญการรักษาโรคจิต ตลอดจนการให้ยาแก่คนไข้ 2) นักจิตวิทยา(Psychologist) ซึ่งได้รับการฝึกฝนมาเป็นพิเศษในด้านการทดสอบและการแนะแนว 3) นักสังคมสงเคราะห์ (Psychiatric Social Worker) ซึ่งได้ผ่านการฝึกงานในด้านการสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลต่างๆ วัตถุประสงค์ในการทำจิตบำบัด เป็นวิธีการให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในลักษณะของการพูดคุย (Talking cure) ระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ กับผู้บำบัด ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดในการทำจิตบำบัดก็คือความสัมพันธ์ที่ดีของทั้งสองฝ่าย การทำจิตบำบัดนอกจากต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ มีบุคลิกภาพไปสู่วิถีทางของวุฒิภาวะ สามารถแก้ปัญหาและดูแลตนเองได้ ขั้นตอนในการทำจิตบำบัด มีขั้นตอนที่ประกอบด้วย 1) ขั้นสร้างความสัมพันธ์และบรรยากาศในการบำบัด

2) ขั้นระบายอารมณ์ เป็นการให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา เช่น ความ กลัว ความรู้สึกผิดและอารมณ์อื่นๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เก็บกดเอาไว้ 3) ขั้นการเข้าใจและรู้จักตนเอง เมื่อผู้ป่วยได้ปลดปล่อยอารมณ์ที่ขัดแย้งกันออกมาก็จะทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รู้สึกสบายใจขึ้นจนกระทั่งเข้าใจในสภาพที่เป็นอยู่ 4) ขั้นเปลี่ยนบุคลิกภาพ เมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รู้และเข้าใจปัญหาตลอดถึงความผิดพลาดในการแก้ปัญหาที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ทำมาแล้ว เขาก็จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับตัวตามวิธีใหม่ที่เหมาะสม 5) ขั้นยุติการทำจิตบำบัด อันเป็นขั้นสุดท้ายในการทำจิตบำบัด ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และสามารถที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ผู้บำบัด หรือ ผู้ให้การบำบัดก็ต้องหาวิธีเพื่อที่จะเจาะลึกเข้าไปให้ถึงปัญหาความขัดแย้งใจที่แท้จริงของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ได้ (วัลลภ พรเรืองวงศ์, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาจิตบำบัดกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้เอดส์ดังนี้ ชลธิดา สิมะวงศ์ (2545) ศึกษาการใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้คิดเชื่อเอชไอวีพบว่า ผู้คิดเชื่อเอชไอวีภายหลังเข้าจิตบำบัดกลุ่มมีคะแนนความหวังสูงกว่าก่อนเข้าจิตบำบัดกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ดังนั้นการทำจิตบำบัดกลุ่มเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความหวังของผู้คิดเชื่อเอชไอวีได้

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง(Self help group, Peer self group, Mutual help group, Mutual support group, Support group, Social support group) เป็นการรวมกลุ่มของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาอย่างเดียวกันหรือมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (Sharing) มีการช่วยเหลือกันยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) ซึ่งอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพ และการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วย 1) สมาชิกมีปัญหาลักษณะเดียวกัน 2) มีพฤติกรรมการเล่นแบบและมีความหวังที่จะเผชิญปัญหา 3) ความช่วยเหลือ คำแนะนำที่ให้แก่บุคคลหนึ่งบุคคลอื่นก็ได้รับเช่นกัน 4) ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการยอมรับซึ่งกันและกัน 5) ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ระบายปัญหาต่างๆได้รับการยอมรับ มีความเข้าใจอย่างแท้จริงทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือสนับสนุน 6) การได้ช่วยเหลือผู้อื่นช่วยให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า และยอมรับการเปลี่ยนแปลงหรือการเจ็บป่วยของตนเองได้ 7) การเข้ากลุ่มสม่ำเสมอทำให้มีความรู้สึกผูกพันกล้าที่จะเปิดเผยตนเองและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง 8) คำแนะนำในเรื่องต่างๆถ้าสมาชิกนำไปปฏิบัติจะช่วยเพิ่มทักษะในเรื่องนั้นๆ ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับตนได้ (อุบลรัตน์

ด้อยมาเมือง, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษากลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ดังนี้

กนกภรณ์ ชูเชิด (2547) ศึกษาปัจจัยเชิงกระบวนการกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า โดยภาพรวม ปัจจัยเชิงกระบวนการกลุ่ม ที่ประกอบด้วย บรรยากาศกลุ่ม การสื่อสารภายในกลุ่ม การช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในกลุ่ม และภาวะผู้นำกลุ่ม ล้วนมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการดำเนินงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงกระบวนการกลุ่มแต่ละปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลกลุ่มมากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยด้านภาวะผู้นำกลุ่ม ปัจจัยด้านบรรยากาศกลุ่ม และปัจจัยด้านการสื่อสารภายในกลุ่ม

นันทา อ่วมกุล และต้องจิตต์ กาญจนมัย (2540) ศึกษา การรวมกลุ่มช่วยเหลือกันของหญิงตั้งครรภ์ และมารดาติดเชื้อเอดส์ พบว่า กลุ่มช่วยเหลือกันที่มีกิจกรรมต่อเนื่อง มีประโยชน์ช่วยให้มารดาหญิงตั้งครรภ์ หรือเคยตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ และสามีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีความวิตกกังวลน้อยลง มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองมากขึ้น

ธมลวรรณ เหลืองเจริญกุล และวรรณิ์ เดียววิเศษ (2545) ศึกษา ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้

การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ ทุกคนมีสิทธิในความรู้สึกรู้สึกของตน คือรู้สึกอย่างไรที่ตนรู้สึก ไม่ต้องปกปิดซ่อนเร้น ผู้ให้คำปรึกษาจะสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ แสดงความรู้สึกของตนออกมาและให้เคารพในอารมณ์และความรู้สึกของผู้อื่นด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ ในกลุ่มแต่ละคนต้องตัดสินใจว่าตนต้องการจะพัฒนาอะไรเกี่ยวกับตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ แต่ละคนต้องมุ่งแก้ปัญหาให้ตนเองไม่ใช่มุ่งแก้ปัญหาให้คนอื่น เพราะการที่สมาชิกเข้ากลุ่มก็เพราะต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นให้กับตนเอง ในการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ ที่มีต่อสถานการณ์ เป็นจุดที่สำคัญยิ่งกว่าสถานการณ์ เพราะความรู้สึกที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาได้ การเปิดเผยตนเองของสมาชิกช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพ ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เอดส์ ไม่มีการป้องกันตนเองก็ย่อมพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ในบรรยากาศที่มีความไว้วางใจ มีความหวังดี มีการยอมรับและมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ซึ่งจะมีได้ในบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศของการยอมรับและความเข้าใจ ให้เกิดขึ้นในกลุ่ม และรักษาสถานะไว้อย่างดีตลอดไป ในการ

เผชิญปัญหา แก้ปัญหา มีวิธีการหรือทางเลือกหลายวิธี ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ สามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาจากทางเลือกต่าง ๆ ที่ได้มีการนำเสนอในกลุ่มด้วยตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีความมั่นใจสัญญาให้กับตนเองในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ดังนั้นการให้การเสริมแรงจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องคำนึงถึง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้นำประสบการณ์ใหม่หรือสิ่งที่เรียนรู้ใหม่ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังนั้นประสบการณ์ในกลุ่มจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รู้จักตนเองอย่างลึกซึ้ง และยอมรับตนเอง ทำให้มีการป้องกันตนเองน้อยลง และทนต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะเกิดความเข้าใจตนเอง มีความรับผิดชอบ และสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น หลังจากได้เข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม (ชุดิมา ไชยเสน, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ดังนี้ พรธิดา ศรีสะอาด (2542) ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง ต่อการเผชิญความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า หลังการทดลองผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม มีคะแนนการเผชิญความเครียดด้านการหลีกเลี่ยงปัญหาต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มและต่ำกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้เข้ากลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลโดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งไม่ใช่เฉพาะจะสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้นแต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาอื่นๆได้ด้วยตนเองอีกด้วย ขั้นตอนในการให้คำปรึกษาจิน แบรี (2537 อ้างจากชุดิ สุ่มมาตร, 2541) ได้แบ่งขั้นตอนในการให้คำปรึกษา รายละเอียดดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ 2) การสำรวจปัญหาผู้ให้คำปรึกษาจะต้องใช้ทักษะต่างๆเพื่อเอื้ออำนวยและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ขั้นตอนนี้เป็นหัวใจสำคัญของรูปแบบการให้คำปรึกษาซึ่งผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะที่ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีการวางแผนการแก้ไขปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาไม่รีบเร่งและด่วนตัดสินใจจัดการปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แต่จะคอยให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการวางแผนการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนหากผู้รับคำปรึกษาหมดหนทางและคิดไม่ออกผู้ให้คำปรึกษาจึงจะเสนอแนะแล้วเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แสดงความคิดเห็นในเสนอแนะ (จิน แบรี 2537 อ้างจากชุดิ สุ่มมาตร, 2541) 3) ยุติการผู้ให้คำปรึกษาควรให้สัญญาณแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รู้ตัวก่อนหมดเวลาของการปรึกษา

และสรุปเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการให้คำปรึกษาโดยผู้ให้คำปรึกษาสรุปเองหรือให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สรุป เมื่อสรุปหมดแล้วผู้ให้คำปรึกษาควรถามความรู้สึกของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังการให้คำปรึกษาขั้นตอนนี้อาจใช้การสังเกตร่วมด้วย มีการนัดหมาย ต้องมีการกำหนดวันเวลาที่แน่นอนและแจ้งให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทราบ (สุพร เกิดสว่าง, 2542) จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้เอดส์ดังนี้ สุพรรณิ นาคทอง (2537) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการ พบว่า พบว่าผู้คิดเชื่อเอดส์ระยะมีอาการมีคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวล เท่ากับ 65.50 (mean=65.50) ซึ่งลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการศึกษาแนวทางการช่วยเหลือและการพยาบาลผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการปรับภาวะจิตสังคมมีแนวทางการช่วยเหลือหลายรูปแบบ ในแต่ละรูปแบบมีข้อดี ข้อจำกัด ในการใช้กับผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างกัน ผู้ศึกษาสนใจการช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษารายบุคคล เพราะการให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาวางใจไว้วางใจที่จะสื่อสาร หรือเล่าเรื่องราวความทุกข์ และระบายความในใจโดยไม่ต้องกลัวความลับจะถูกเปิดเผย ผู้ให้คำปรึกษาสามารถรับรู้เรื่องราวความเป็นจริงจากผู้รับคำปรึกษาได้มาก ซึ่งสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนให้การพยาบาลผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในการปรับภาวะจิตสังคมได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาแนวทางการช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3. การให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกระบวนการที่แสดงถึงมนุษย์สัมพันธ์ที่ละเอียดอ่อนระหว่างบุคคล โดยที่ผู้ให้คำปรึกษาซึ่งมีวิชาชีพพยาบาล และผู้รับการปรึกษาเป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ให้การปรึกษาต้องได้รับการฝึกฝนการให้คำปรึกษา มีประสบการณ์ ความรู้ความสามารถในทางการให้การปรึกษาเพื่อปรับภาวะจิตสังคม สามารถให้ความช่วยเหลือและให้การปรึกษาแก่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เข้าใจปัญหาหรือเรื่องราวที่มาปรึกษา สามารถใช้พลังปัญญาและความสามารถของตนเองในการตัดสินใจ ที่จะเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในวิถีที่เหมาะสมที่

เขาปรารถนา และในที่สุดผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะสามารถแก้ปัญหา และพัฒนาตนเอง สามารถปรับภาวะจิตสังคมได้อย่างเหมาะสม (ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, 2539) จะได้กล่าวต่อไปดังต่อไปนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคล

การให้คำปรึกษารายบุคคล (Individual Counseling) เป็นกระบวนการการช่วยเหลือเป็นรายบุคคลโดยมีการพบปะเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถวางโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งไม่ใช่เฉพาะจะสามารถแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่เท่านั้นแต่จะรวมถึงการช่วยให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาอื่นๆได้ด้วยตนเองอีกด้วย (วัชร ทรัพย์มี, 2549) การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจนผู้รับบริการเปิดเผยความรู้สึก ความเชื่อหรือการกระทำของตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตนเอง สิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นและสามารถหาทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสามารถที่จะแก้ไขปัญหของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่อย่างเหมาะสมเป็นที่พึงพอใจของตนเองและเป็นที่ยอมรับของสังคม การให้คำปรึกษาเป็นรูปแบบพิเศษของการติดต่อสื่อสารภายในตัวบุคคลที่จะช่วยให้สามารถสัมผัสถึงความรู้สึกของตนเองได้สามารถเข้าใจถึงความเคลื่อนไหวทางความคิด ทศนคติและพฤติกรรมของตนเองได้ โดยมุ่งไปในเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี เป็นหลัก (อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย, 2534) ซึ่งผู้ที่มารับบริการคำปรึกษานั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการแสวงหาข้อเท็จจริงของชีวิต (getting fact and information) ต้องการแสวงหาความจริงเพื่อเข้าใจชีวิต (seeking truth and insight) ต้องการแสวงหาวิธีเพื่อแก้ไขพฤติกรรม (changing action and conduct) และต้องการมาพูดคุยเป็นการระบายออก (just for talking alone) (สุโท เจริญสุข, 2527) ดังนั้นการบริการให้คำปรึกษาจึงเป็นบริการที่ซับซ้อน และละเอียดอ่อนซึ่งต้องใช้สติปัญญา ความรู้ความสามารถ ตลอดจนความชำนาญ จึงจะทำให้บริการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2530)

วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษารายบุคคล

- 1) เข้าใจตนเอง ผู้รับบริการคำปรึกษาเกิดความกระจ่างในตนเอง สามารถเชื่อมโยงความคิดอารมณ์ความรู้สึกถึงความต้องการที่แท้จริงกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้รับบริการคำปรึกษาได้รับรู้ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบ
- 2) ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ ผู้ให้บริการคำปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถค้นหาปัญหา สาเหตุและความต้องการได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษา

ยอมรับว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของปัญหานั้น ก่อให้เกิดความตระหนักและมีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหให้กับตนเอง

3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม เมื่อผู้เข้ารับบริการคำปรึกษาเข้าใจตนเองและยอมรับปัญหาที่มีอยู่ ย่อมส่งผลให้ผู้รับบริการคำปรึกษามีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ไขปัญหามีอยู่มาใช้ในการเลือกและค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการคำปรึกษา

4) เพื่อให้ผู้รับบริการคำปรึกษาได้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีเจตคติที่เหมาะสมในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ชุมชนคนอื่นในสังคม

5) เพื่อให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ให้บริการคำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษาคำปรึกษา ในอันที่จะวางแผนเผชิญและแก้ไขปัญหของผู้รับบริการคำปรึกษาในแง่ต่าง ๆ

6) ส่งเสริมความสามารถของผู้รับบริการคำปรึกษา ในการตัดสินใจและวางแผนโครงการในอนาคต จุดประสงค์ของการให้บริการคำปรึกษาไม่ใช่เป็นการตัดสินใจให้ผู้รับบริการแต่เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เหตุผลพิจารณาสภาพการณ์อย่างรอบคอบ

7) ส่งเสริมการปรับปรุงสัมพันธภาพ ผู้ให้บริการคำปรึกษาจะต้องช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถปรับตัวได้ในสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้นการให้บริการคำปรึกษารายบุคคล จึงเป็นหนทางที่จะช่วยเหลือในการลดปัญหาทั้งตัวผู้ติดเชื่อเองและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแล พร้อมทั้งจะรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้คำปรึกษานั้นเป็นประโยชน์ และมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถแก้ปัญหาและตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลักการในการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2549)

1. ปฏิบัติต่อผู้รับบริการคำปรึกษาแต่ละบุคคลอย่างที่เขาเป็นอยู่ (individualization) ผู้ให้คำปรึกษาต้องปฏิบัติต่อผู้รับบริการคำปรึกษาแต่ละคนอย่างแตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะแต่ละคนมาจากสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน

2. ให้ผู้รับบริการคำปรึกษาได้แสดงออกอย่างอิสระ ศึกษาถึงการแสดงออกทางความรู้สึกของผู้รับบริการปรึกษา เพราะการแสดงออกนี้มีความหมาย ทั้งนี้ต้องยอมรับการแสดงความรู้สึกของผู้รับบริการคำปรึกษา

3. ควบคุมอารมณ์ขณะให้บริการคำปรึกษา ไม่คล้อยตาม ต้องไวต่อความรู้สึกที่ผู้รับบริการคำปรึกษาแสดงออก และพยายามทำความเข้าใจตอบได้อย่างเหมาะสม

4. ขอมรับพฤติกรรมของผู้รับบริการคำปรึกษา ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นจะมีจุดเด่นหรือจุดอ่อน การมีบรรยากาศแห่งการยอมรับจะช่วยให้มีการใช้กลไกการป้องกันตัวเองน้อยลง และได้ข้อเท็จจริงมากขึ้น

5. ให้ผู้รับบริการคำปรึกษาคัดสินใจด้วยตนเอง ขอมรับสิทธิและความต้องการของผู้รับบริการคำปรึกษา นับถือในสิทธิดังกล่าว แต่อาจชี้ทางออกหลายๆทางให้ผู้รับบริการคำปรึกษาพิจารณาหาทางที่ดีที่สุด เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหา

6. ไม่ยึดค่านิยมของผู้ให้บริการคำปรึกษาเป็นหลักในการตัดสินใจว่าผู้รับบริการคำปรึกษาไม่ดี แต่ต้องศึกษาปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ของผู้รับบริการคำปรึกษาโดยศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาไปพร้อมๆ กับการให้คำปรึกษา เพื่อให้รับบริการคำปรึกษาได้เรียนรู้ตนเองมากขึ้น

7. ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการและให้ความเมตตาช่วยเหลือผู้รับบริการคำปรึกษาอย่างเต็มความสามารถ

8. การขอมรับผู้รับบริการปรึกษาคำปรึกษา ผู้ให้คำปรึกษาจะมีการขอมรับในความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการคำปรึกษาเป็นพื้นฐาน ไม่ว่าผู้รับบริการคำปรึกษานั้นจะมีความเป็นอยู่ อาชีพ พฤติกรรม เชื้อชาติและศาสนาอะไรก็ตามต้องไม่แสดงท่าทีรังเกียจต่อผู้รับบริการคำปรึกษา ในข้อนี้ถ้าผู้รับบริการคำปรึกษามั่นใจว่าได้รับการขอมรับจากผู้ให้บริการคำปรึกษา ก็มักจะเกิดความไว้วางใจได้ง่าย

9. ให้โอกาสผู้รับบริการคำปรึกษาได้พบผู้ให้บริการคำปรึกษาได้ง่าย จะทำให้ผู้รับบริการคำปรึกษามีความรู้สึกที่ดี ได้แก่การจัดเวลาให้เป็นประจำเมื่อผู้รับบริการคำปรึกษาต้องการคำปรึกษา ก็สามารถพบได้ตามเวลาที่กำหนด

10. ความสม่ำเสมอและความถูกต้องของคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต้องเน้นย้ำต่อผู้รับบริการคำปรึกษาบ่อยๆ แต่ที่ต้องระวังคือ ข้อมูลที่ให้แก่ผู้รับบริการคำปรึกษาควรถูกต้องตรงกันทุกครั้ง เพื่อไม่ทำให้ผู้รับบริการคำปรึกษาเกิดความสับสน ซึ่งจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการคำปรึกษามีความรู้ในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ถูกต้อง รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาทุกคนต้องมีความรู้เรื่องดังกล่าวถูกต้องตรงกัน

11. การรักษาความลับผู้รับบริการคำปรึกษา เพื่อเพิ่มความไว้วางใจแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการคำปรึกษาต้องบอกให้ผู้รับบริการคำปรึกษาทราบว่าพยายามรักษาความลับของผู้รับบริการทุกเรื่องไว้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามกรณีที่ต้องเปิดเผยผู้รับบริการต่อผู้อื่น ก็จะต้องทำด้วยความระมัดระวังมาก เช่น เมื่อเห็นว่าการรักษาความลับนั้นจะมีผลเสียต่อผู้อื่นอย่างชัดเจน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ สามีภรรยาของผู้รับบริการคำปรึกษา ซึ่งอาจติดเชื้อเอชไอวีถ้าผู้รับบริการคำปรึกษาไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ

บทบาทของผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้ (วัชร ทรัพย์มี, 2549)

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการคำปรึกษา ให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นเป็นมิตร ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาเข้าใจตนเอง
3. ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถแก้ปัญหา และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
4. ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษามีสุขภาพจิตที่ดี
5. ส่งเสริมความก้าวหน้าในการให้บริการคำปรึกษา โดยพยายามปรับปรุงศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการให้บริการคำปรึกษา

ทั้งนี้ผู้ให้บริการคำปรึกษาจะต้องกำหนดบทบาทของตนโดยพิจารณาจากความคิดหวังของผู้ที่มารับบริการคำปรึกษา นโยบายของหน่วยงาน และควรชี้แจงบทบาทของตนแก่ผู้ที่มารับบริการคำปรึกษา เพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร การให้บริการคำปรึกษานั้น ผู้ให้บริการคำปรึกษาต้องคำนึงถึงว่าผู้รับบริการคำปรึกษาแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกัน เนื่องจากสาเหตุที่สำคัญหลายประการ ดังนั้นวิธีการให้บริการคำปรึกษาที่ได้ผลจึงไม่มีรูปแบบที่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์และความเหมาะสม สิ่งจำเป็นที่ผู้ให้บริการปรึกษาควรคำนึงถึงคือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

1. เวลา เป็นสิ่งจำเป็นที่สุด เนื่องจากเรื่องที่กำลังจะพูดคุยกันเป็นเรื่องที่ไม่สามารถจะเข้าใจง่ายๆ ด้วยคำพูดเพียงไม่กี่ประโยค ต้องอาศัยเวลาในการอธิบาย และการตัดสินใจ บางปัญหาที่อาจจะยุ่งยากมาก ไม่สามารถจัดการได้ในทันที บางครั้งต้องพบกันมากกว่า 1 หรือ 2 ครั้ง
2. พื้นฐานของวัฒนธรรมการอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัวแต่เยาว์วัย คนเราทุกคนย่อมมีความแตกต่างกันทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา นอกจากนี้ปัญหาที่บุคคลประสบจะแตกต่างกันไป ดังนั้นการช่วยเหลือย่อมแตกต่างกัน
3. บุคคลย่อมมีศักดิ์ศรีของตนเอง และรับผิดชอบในการดำเนินชีวิตของตนได้แต่ในบางครั้งบุคคลไม่สามารถกระทำได้นี้เนื่องจากประสบปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดความยุ่งยากใจและขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ถ้าได้รับคำปรึกษาที่ดีสามารถเข้าใจตนเองอย่างถูกต้องก็ย่อมจะช่วยให้เขาแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. มนุษย์มีคุณค่า และมีความสามารถที่ไม่เหมือนกัน
5. บุคคลทุกคนย่อมมีความต้องการที่จะได้รับความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหานั้นที่ตนเองประสบ
6. พฤติกรรมของแต่ละบุคคลย่อมมีสาเหตุจากความเชื่อ ผู้ให้บริการคำปรึกษา

7. จะต้องช่วยผู้รับบริการคำปรึกษาค้นหาสาเหตุให้พบ แล้วจึงค้นหาวิธีที่เหมาะสมมาแก้ไขสาเหตุของปัญหาต่างๆต่อไป

การให้คำปรึกษาต้องเริ่มจากจุดที่ผู้รับบริการคำปรึกษาเป็นอยู่ โดยผู้ให้บริการคำปรึกษาต้องยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้มารับบริการคำปรึกษาและไม่พยายามที่จะทำให้เป็นไปตามความคิดของผู้ให้บริการปรึกษา

ขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล

เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในการให้คำปรึกษานั้นจะมีความต่อเนื่องและสัมพันธ์กันของแต่ละขั้นตอน โดยสามารถแบ่งกระบวนการของการให้คำปรึกษาเป็น 4 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

1. ขั้นตอนที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ วัตถุประสงค์คือ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการคำปรึกษาเข้าใจถึงจุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา ประเด็นที่จะทำการศึกษาบทบาทของแต่ละฝ่าย เงื่อนไขหรือข้อตกลงอื่นๆ ในกระบวนการให้คำปรึกษา และรู้สึกมีส่วนร่วมในกระบวนการของการให้คำปรึกษา รวมทั้งให้ผู้รับบริการคำปรึกษาเห็นประโยชน์ และเกิดแรงจูงใจที่จะรับบริการซึ่งในระยะนี้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.1) การเตรียมการให้คำปรึกษาประกอบด้วย ผู้ให้การปรึกษาควรมีการเตรียมตัวให้พร้อมสถานที่ต้องมีบรรยากาศที่เป็นกันเองมีความสงบ เป็นสัดส่วนเป็นระเบียบ มีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวน และไม่เป็นการทางจนเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้รับบริการคำปรึกษา รู้สึกไม่ผ่อนคลาย

1.2) การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ควรอธิบายให้ผู้รับบริการคำปรึกษาเข้าใจสิ่งต่างดังนี้ วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา ความรับผิดชอบทั้งของผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับบริการคำปรึกษาที่พึงมีร่วมกัน การเลือกปัญหาสำคัญอันดับแรกที่ต้องแก้ไข เพื่อให้การให้คำปรึกษานั้นมีประสิทธิภาพ หากปัญหาที่เกิดขึ้นเกินขีดความสามารถของผู้ให้บริการปรึกษาต้องส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป

1.3) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่งในการทำให้คำปรึกษาบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการคำปรึกษานั้นประกอบด้วยวิธีการและทักษะที่ใช้กันในชีวิตประจำวัน และสามารถฝึกปฏิบัติได้คือ การเป็นผู้ฟังที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา ความพร้อมในการรับฟังปัญหาของผู้ให้บริการปรึกษา การแสดงออกของผู้ให้บริการปรึกษา เช่น การนั่ง สีหน้า แววตาว่าอยากฟังเรื่องของผู้รับบริการคำปรึกษาแสดงการต้อนรับและแนะนำตนเอง น้ำเสียงที่ใช้พูดคุยนอย่างเป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคย

1.4) การตกลงบริการ รูปแบบของการให้การปรึกษา ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากเพราะจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษามีความเข้าใจและคาดหวังต่อการปรึกษาได้ ทำการตกลงเกี่ยวกับประเด็นและจุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาตามสภาพความเป็นจริงของการให้การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การเริ่มต้นทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นและจุดมุ่งหมายในการให้คำปรึกษาต้องทำแตกต่างกันไปตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ทำความตกลงในรายละเอียดอื่นๆ ของกระบวนการให้คำปรึกษาเช่น เวลา ความถี่ของการนัด เวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง การรักษาเวลา การรักษาบทบาทผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา ในกระบวนการให้คำปรึกษามีดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษา จะเป็นความสัมพันธ์เพื่อให้การปรึกษาในการแก้ปัญหาไม่ใช่ความสัมพันธ์ทางสังคมหรือส่วนตัว ความคาดหวังของผู้มารับบริการคำปรึกษา ควรประเมินว่าผู้มารับบริการ คำปรึกษามีความคาดหวังต่อการให้คำปรึกษาอย่างไร และสอดคล้องกับความเป็นจริงหรือไม่ ในการตกลงบริการนั้นถึงแม้จะเป็นกิจกรรมในขั้นตอนแรกๆ ของการให้คำปรึกษาแต่ไม่ได้หมายความว่าตกลงการปรึกษาได้สิ้นสุดลง ผู้ให้บริการคำปรึกษายังมีความจำเป็นต้องประเมินสถานการณ์ทุกขณะที่ให้บริการ

2. ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา ในขั้นตอนที่ผู้ให้บริการคำปรึกษาเรียนรู้ถึงรายละเอียดต่างๆ ของผู้รับบริการคำปรึกษา ได้แก่ภูมิหลัง ความเป็นมาของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการคำปรึกษา ลักษณะของปัญหาและผลกระทบของปัญหาที่มีต่อผู้รับบริการคำปรึกษา โดยผู้ให้บริการคำปรึกษามีบทบาทช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถพิจารณาตนเองในเรื่องราวที่ผ่านมาและความรู้สึกของตนเอง ทำให้สามารถรับรู้และเข้าใจในตนเอง และมีความกระฉับกระเฉงในปัญหาของตน ตลอดจนสาเหตุของปัญหานั้นมากขึ้น โดยมีวิธีการคือ

2.1) ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถเปิดเผยตนเองและแสดงความคิดความรู้สึกต่างๆ ของตัวเองออกมาได้อย่างเต็มที่ โดยแสดงการยอมรับ และความเข้าใจในตัวผู้มารับบริการคำปรึกษา

2.2) ดำเนินการสำรวจปัญหาของผู้มารับบริการคำปรึกษา เพื่อให้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้มารับบริการคำปรึกษา สาเหตุของปัญหานั้น ความคิดความรู้สึกแรงจูงใจ และพฤติกรรมของผู้มารับบริการคำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น ในการสำรวจปัญหาจุดที่สำคัญที่สุดคือ การช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถบอกถึงปัญหาของตน จนผู้ให้และผู้รับบริการคำปรึกษามีความเข้าใจในปัญหานั้นอย่างกระฉับกระเฉงร่วมกัน ซึ่งในการสำรวจปัญหามีประเด็นและวิธีการสำคัญๆ ที่ผู้ให้บริการคำปรึกษาควรตรวจสอบว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ คือสามารถเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมว่ามีอะไรเกิดขึ้นเมื่อไรและมีสาเหตุจากอะไร สามารถ

เข้าใจความคิด ความรู้สึกและมูลเหตุจิตใจต่างๆ ที่สัมพันธ์กับปัญหานั้นๆ ของผู้มารับบริการ คำปรึกษา ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการปรึกษามีความเข้าใจในปัญหาตรงกัน สอบถามถึงปัญหาที่ผู้รับบริการคำปรึกษารู้สึกกังวลมากที่สุดขณะนั้นซึ่งอาจจะแตกต่างกัน เช่น อาจ会有ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอนาคตหรือกังวลเรื่องกลัวคนอื่นจะรู้ว่าตนเองคิดเชื่อและรังเกียจเป็นต้น(Wolcott,1986) ในขั้นตอนนี้ผู้ให้บริการคำปรึกษาได้พิจารณาแนวทางจัดการกับปัญหานั้นๆ รวมทั้งการวางแผนและตัดสินใจ เช่น ควรบอกผลเลือดกับใครบ้างมีผลดีหรือผลเสียอย่างไร ควรบอกด้วยวิธีใด และวิธีเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นอย่างไร พูดถึงแผนการที่จะต้องทำหลังจากออกจากห้องให้คำปรึกษาจนถึงการนัดครั้งต่อไปจะช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษามีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ลดความรู้สึกสับสน รู้จุดหมายและการกระทำสิ่งที่เป็อันตรายเป็นตนเองหรือผู้อื่น เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการคำปรึกษาได้ระบายความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Wolcott,1986) การช่วยเหลือผู้รับบริการคำปรึกษาที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดคือ การสอบถามโดยตรงด้วยท่าทีที่สงบ จริงใจและพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ รับฟัง เปิดโอกาสให้เขาระบายความรู้สึก ชี้แจงให้ทราบว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดได้กับทุกคน จะเป็นอยู่ชั่วคราวจะคลี่คลายไปเอง ให้อดทนและให้กำลังใจ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2537)

2.3) ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถแยกแยะปัญหาต่างๆ ลำดับความสำคัญ ความรุนแรง และความเป็นไปได้ของการแก้ปัญหา

3. ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหา ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถเลือกทางออกที่พึงประสงค์ในการแก้ปัญหาที่ต้องการให้ รวมทั้งผู้รับบริการปรึกษาสามารถวางแผนการปฏิบัติเพื่อดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่เลือกได้ โดยมีวิธีการคือ

3.1) ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษากำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการแก้ปัญหาและสามารถเลือกทางออกที่พึงประสงค์ในการแก้ปัญหาที่ต้องการได้ ลักษณะของเป้าหมายที่ดีควรมีลักษณะเป็นรูปธรรมว่าจะเลือกทำอะไรควรสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการปรึกษา และเป็นสิ่งที่มีความเป็นไปได้ในสภาพความเป็นจริง โดยมีขั้นตอนที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษามองเห็นทางเลือกต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้สำหรับการแก้ไขปัญหานั้น และมองเห็นทางออกที่ชัดเจนขึ้น (วีระพล จันทรดียิ่ง, 2538) ช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาพิจารณาเลือกทางเลือกที่พึงประสงค์โดยพิจารณาถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละอย่าง

3.2) วางแผนการปฏิบัติ เมื่อผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถตัดสินใจได้แล้วว่าจะเลือกแนวทางแก้ปัญหาอย่างไรจะต้องวางแผนในการปฏิบัติโดยละเอียดเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้จริงต่อไป โดยพิจารณาว่าจะเริ่มต้นและมีขั้นตอนอย่างไร

3.3) ขอมรับวิธีคิดและแนวทางในการแก้ปัญหา ของผู้มารับบริการ คำปรึกษา ผู้ให้บริการปรึกษาต้องไม่มองว่าเป็นสิ่งที่ไม่มีความสำคัญ การขัดแย้งเชิงแนวความคิดนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกเผชิญหน้าและไม่เป็นมิตร ผู้รับบริการคำปรึกษากลับเกิดความกังวลซึมเศร้าอย่างมาก บางรายอาจถึงขั้นฆ่าตัวตาย หรือพลัดผันกลายเป็นพึ่งพาผู้ให้บริการคำปรึกษา โดยไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง (วีระพล จันทร์ดิษฐ์, 2538)

4. ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติและติดตามผล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการ คำปรึกษาสามารถดำเนินการตามแผนการที่กำหนดจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการโดยวิธีการคือ

4.1) ในการปฏิบัติตามแผนการที่กำหนด ผู้รับบริการคำปรึกษาอาจพบปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน หรือยังไม่สามารถแก้ไขได้ จึงควรมีการกลับมาสรุปและประเมินผลการปฏิบัติร่วมกับผู้ให้บริการคำปรึกษา เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะบางปัญหาอาจต้องใช้เวลาในการแก้ไข โดยมีวิธีการคือ ให้กำลังใจช่วยประคับประคองจิตใจ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม

4.2) ประเมินผลการให้คำปรึกษา ผลการแก้ปัญหาของผู้รับบริการ คำปรึกษาจะเป็นตัวประเมินผลของการให้คำปรึกษา และช่วยกำหนดแนวทางปฏิบัติการให้ คำปรึกษาต่อไป เช่น ยุติการให้คำปรึกษาเมื่อผู้รับบริการคำปรึกษาสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหา สามารถปรับตัวให้ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ ส่งต่อผู้รับบริการคำปรึกษาไปให้ผู้เชี่ยวชาญ หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อปัญหาที่เกิดขึ้นเกินความสามารถของผู้ให้บริการคำปรึกษาควรมีการประเมินเป็นระยะซึ่งเวลาที่ผ่านไปปัญหา และการมองปัญหาของผู้รับบริการคำปรึกษาอาจเปลี่ยนไปด้วย ผู้ให้บริการคำปรึกษาควรประเมินจากการเรื่องราวที่ได้รับฟัง นำมาแปลความหมาย เพื่อเข้าใจถึงความวิตกกังวลที่เป็นประเด็นหลัก (วีระพล จันทร์ดิษฐ์, 2538)

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล

กระบวนการให้คำปรึกษามีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ให้คำปรึกษาต้องทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนที่มีความทุกข์ สิ่งจำเป็นที่ต้องใช้ คือ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของคนอย่างครอบคลุม ตั้งแต่โครงสร้างด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และที่สำคัญที่สุด คือ พฤติกรรมของคนการให้คำปรึกษา มีหลายแนวทางตามทฤษฎีที่ยึดถือ แต่ไม่ว่าจะใช้แนวทางใด จะต้องอยู่บนพื้นฐานของปรัชญาต่อไปนี้ 1) ขอมรับคุณค่า และศักดิ์ศรีของความเป็นเพื่อนมนุษย์ 2) คำนึงถึงความเต็มใจ และความร่วมมือ 3) มุ่งให้บุคคลตระหนักในความเป็นตัวของตัวเอง 4) พัฒนาบุคคลให้เจริญจนสุดความสามารถ 5) ให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (สุบิน สมน้อย, 2549) จากการ ทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger

คาร์ล โรเจอร์ส นักจิตวิทยาชาวอเมริกันเป็นผู้พัฒนาแนวคิดให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางขึ้นในทศวรรษ 1930 การให้คำปรึกษาแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางหรือเป็นที่รู้จักกันในชื่อการบำบัดแบบไม่ชี้นำหรือการบำบัดแบบ Roger ต่างไปจากรูปแบบการบำบัดแบบดั้งเดิม และต่างจากบทบาทของผู้บำบัดแนวจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) และการบำบัดรูปแบบอื่นๆ ทศนคติ 3 ประการของผู้บำบัดที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันเป็นหัวใจสำคัญในความสำเร็จของการบำบัดแบบยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทศนคติเหล่านี้ ได้แก่ ความสอดคล้องในตัวตนของผู้บำบัด (congruence) การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข (unconditional positive regard) และการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (empathy)

สุบิน สมน้อย (2549) กล่าวถึง ทฤษฎีนี้มีว่า มีแนวคิดว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความปรารถนาที่จะก้าวไปข้างหน้าเพื่อให้เป็นคนโดยสมบูรณ์ และพร้อมที่จะดำเนินชีวิตร่วมกันในอันที่จะสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ แต่การที่มนุษย์ปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมนั้น เนื่องจากเขามีความจำเป็นต้องป้องกันตนเองให้อยู่รอด นอกจากนี้ยังเชื่อว่า บุคลิกภาพของมนุษย์เกิดขึ้นจากความคิด ความรู้สึกของบุคคลต่อตนเอง (Self concept) ซึ่ง Self concept นี้จะประกอบไปด้วย

1. ตัวตนในสภาพที่เป็นจริง (Real self)
2. ตัวตนที่เราคิดว่าเราเป็น (Perceived self)
3. ตัวตนในอุดมคติ (Ideal self)

ด้วยเหตุนี้จึงเชื่อว่าปัญหาที่สร้างความทุกข์ของบุคคล เกิดจากความไม่สอดคล้องกันระหว่างสิ่งที่บุคคลต้องการ กับ สิ่งที่บุคคลเป็นอยู่ Roger ได้อธิบายถึงการทำงานของตัวตนในบุคคลว่า ต้องสอดคล้องกันอย่างเหมาะสม กล่าวคือ มโนภาพแห่งตนของบุคคลจึงต้องมีความสมเหตุสมผล ตรงกับความเป็นจริงและตรงจากประสบการณ์ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีมโนภาพแห่งตนอย่างไร ก็จะมีพฤติกรรมไปตามแนวทางของมโนภาพที่เขามีอยู่ ถ้าบุคคลมีประสบการณ์ที่ทำให้มโนภาพแห่งตนเดิมที่เขามี อยู่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรืออาจกล่าวได้ว่า ถ้ามโนภาพแห่งตน ขัดแย้งและไม่สอดคล้อง (Incongruence) กับตนตามความเป็นจริงมากเท่าไร บุคคลจะเกิดการป้องกันตนเอง เกิดความวิตกกังวล และนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ และบุคลิกภาพมากขึ้นเท่านั้น และนอกจากนี้ ผู้ที่มีมโนภาพแห่งตน สอดคล้องกับตนตามความเป็นจริงนั้น ก็มักจะพอใจและมองเห็นตนตามอุดมคติสอดคล้องกันไปด้วยเช่นกัน เพราะเขาจะมีความรู้สึกพึงพอใจกับตัวตนที่แท้จริงของเขาเสมอ ไม่จำเป็นต้องสร้างภาพตนตามที่ต้องการเป็นขึ้นมา เพราะเขาจะไม่อยากจะเป็นใครอีกนอกจากเป็นตัวเขาเท่านั้น จะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไม่

ป้องกันตนเอง ขอมรับการเปลี่ยนแปลง และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่การรู้จักตัวเองอย่างแท้จริง ขอมรับตนเอง สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล้าเปิดตนเองออกมารับประสบการณ์ใหม่ๆ เลือกตัดสินใจด้วยตนเอง โดยไม่ขึ้นอยู่กับ การยอมรับของผู้อื่นและสังคม ตลอดจนเข้าใจในค่านิยมของตนเอง ในขณะที่สามารถยืดหยุ่นต่อสภาพการณ์ต่างๆ โดยไม่ยึดติดอยู่ในค่านิยมของตนอย่างยึดติดเป็นต้น อันเป็นคุณลักษณะของผู้ที่มีบุคลิกภาพที่สมบูรณ์

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบยิ่บุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา

1. ค้นพบ เข้าใจ และยอมรับตนเอง
2. หาทางที่จะพัฒนาปรับปรุงตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง
3. เข้าใจตนเองว่าอะไรคืออุปสรรคของความเจริญงอกงามของตน
4. รับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้รับ รู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง

เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบยิ่บุคคลเป็นศูนย์กลาง

1. การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (Intensive Listening) และสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นจริงใจ
2. การยอมรับฟังในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข โดยไม่ตัดสิน
3. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)
4. การทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัด (Clarifying)
5. การสนับสนุน (Supportive)

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยิ่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger จึงเปิดโอกาสให้ความไว้วางใจ ให้แก่ผู้รับการปรึกษาเป็นอย่างมาก ในเรื่องการตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาด้วยตัวของผู้รับการปรึกษาเอง ทำให้มองเห็นตัวตนของตนเอง และสามารถปรับภาวะจิตสังคมได้ด้วยตนเอง

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ Glasser

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภ (2543 : 162) กล่าวว่า ทฤษฎีการบำบัดด้วยการให้เผชิญความจริง (Reality Therapy) เป็นการให้คำปรึกษาโดยเน้นถึงพฤติกรรมปัจจุบัน ผู้ให้คำปรึกษาอาจทำหน้าที่เป็นแบบแผน โดยพยายามหาทางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล้าเผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต และหาวิธีการเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประสบกับความต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิต โดยไม่ใช้วิธี

ก้าวร้าวต่อตนเองและไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน หัวใจสำคัญของ Reality Therapy คือ การพยายามให้บุคคลมีพฤติกรรมที่รับผิดชอบ ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

พนม ลิ้มอารีย์ (2533 : 191) กล่าวถึง การให้คำปรึกษาตามหลักทฤษฎีการบำบัดแบบเผชิญความจริงว่า เป็นผลงานของ วิลเลียม กลาสเซอร์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า พฤติกรรมต่างๆ ทั้งหมดนั้น มนุษย์ถูกจูงใจด้วยความพยายามของมนุษย์ที่จะได้พบกับความต้องการพื้นฐาน วิลเลียม กลาสเซอร์ ย้ำว่ายังมีความต้องการทางจิตวิทยาที่เป็นพื้นฐานอยู่ 2 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะรัก และเป็นที่รัก (Need To Love And Be Loved)
2. ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Need To

Feel That We Are Worth While To Ourselves And To Others)

สมพร สุทัศน์ย์ (2539 : 177) กล่าวถึง Glasser ว่าได้พัฒนาวิธีการบำบัดรักษาแบบใหม่ โดยให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วม ในการแก้ปัญหาของผู้ที่ให้การบำบัดรักษา ในการแก้ไขพฤติกรรมของผู้มีปัญหา Glasser จึงได้พัฒนาและทดลองใช้วิธีการบำบัดรักษา และให้บริการปรึกษาที่เน้นการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเยาวชนให้มีประสิทธิภาพขึ้นเรียกว่า “ การบำบัดแบบเผชิญความจริง ” โดยฝึกให้กล้าเผชิญความจริง และรับผิดชอบต่อการกระทำของตน โดยยึดหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) หลักความเป็นจริง (Reality) หมายถึง การรับรู้โลกตามความเป็นจริง บุคคลจะต้องเผชิญความจริง คือพฤติกรรมในปัจจุบัน 2) หลักความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึงความสามารถในการสนองความต้องการของตนเอง และไม่ทำให้คนอื่นขาดความสามารถในการสนองความต้องการ ต้องทำให้ผู้มีปัญหารับผิดชอบต่อกระทำที่สนองตามความต้องการ และ 3) หลักความถูกหรือผิด (Right Or Wrong) หมายถึงการตัดสินคุณค่าทางจริยธรรม หรือการประเมินพฤติกรรมไม่ว่าถูกหรือผิด ดีหรือเลว

จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาโดยยึดถือทฤษฎีการบำบัดด้วยการเผชิญความจริง คือ การสอนให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาสามารถผ่านความยุ่งยากของตน และช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาสามารถรู้ถึง วิธีการที่จะค้นพบความต้องการของตน โดยใช้วิธีการ 3R ซึ่งได้แก่ 1) ความถูกต้อง (Right) 2) ความรับผิดชอบ (Responsibility) 3) ความเป็นจริง (Reality) การบริการปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ (วัชร ทรัพย์มี, 2549)

1. ช่วยให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาที่จะแก้ปัญหา และมีทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณาความเป็นจริง
2. ป้องกันไม่ให้บุคคลปล่อยชีวิตล่องลอย โดยสนับสนุนให้วางโครงการในอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามโครงการที่วางไว้
3. ส่งเสริมให้ผู้มาขอรับคำปรึกษาเป็นตัวของตนเองและสามารถช่วยตัวเองได้

4. ช่วยให้ผู้บุคคลรู้จักตัวเองว่าเขาเป็นใคร เขาต้องการอะไรในชีวิต
5. ช่วยให้ผู้บุคคลค้นพบวิธีสนองความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยไม่กระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่น
6. ให้บุคคลตระหนักในคุณค่าของตน โดยแนะแนวทางให้รู้จักวิธีสร้างสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น ให้ได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับความผูกพันทางสังคม การให้และการได้รับความรักจากผู้อื่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีค่า
7. ช่วยให้ผู้บุคคลรู้จักประเมินค่านิยม รู้จักพิจารณาว่าอะไรถูก อะไรผิด สิ่งใดควรกระทำ หรือพึงละเว้นการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) อยู่ใน ทฤษฎี การให้การปรึกษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุคนธ์ศรี คล่องอักษร, อัมภาพร พัววิไล และ น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2550) ได้ศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับความตาย ในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัส โรค การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงของ Glasser (1965) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษา ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ขั้นการสำรวจปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย ขั้นการเผชิญสภาพความเป็นจริง ขั้นการสร้างสัญญาผูกพันและการวางโครงการ และขั้นการติดตามการปฏิบัติตามโครงการและยุติการให้คำปรึกษา หลักการให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเผชิญความจริง เน้นพฤติกรรมในระดับจิตสำนึก เป็นพฤติกรรมที่ได้วางโครงการ ไม่ได้ปล่อยชีวิตให้ล่องลอย ไม่แน่นอนคิด เน้นปัจจุบันและอนาคต องค์ประกอบที่คนปรับตัวได้คือ ความรับผิดชอบ ความเป็นจริง และการประเมินพฤติกรรม (วิไลวรรณ พันไชย, 2540)

สรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ Glasser ช่วยในการปรับภาวะทางจิตสังคมโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอดส์ไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยหลักการให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเผชิญความจริง เน้นพฤติกรรมในระดับจิตสำนึก เป็นพฤติกรรมที่ได้วางโครงการ ไม่ได้ปล่อยชีวิตให้ล่องลอย ไม่แน่นอนคิด เน้นปัจจุบันและอนาคต องค์ประกอบที่คนปรับตัวได้คือ ความรับผิดชอบ ความเป็นจริง และการประเมินพฤติกรรม

การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับความคิด โดยใช้ทฤษฎีของ Lazarus and Folkman

แนวคิดของลาซารัส และ โฟล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวถึง ความเครียดว่าเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสิน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) การประเมินตัดสินของบุคคลมี 3 ลักษณะด้วยกัน คือ การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) และการประเมินใหม่ (reappraisal) การประเมินทั้ง 3 ลักษณะนี้เป็นพลวัตร

บุคคลอาจจะประเมินตัดสินลักษณะใดก่อนก็ได้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบกับปัญหาความเครียดมาก บางครั้งถึงระดับที่รุนแรง จนไม่สามารถปรับตัวได้ ลาซารัส (Lazarus, 1984: 143) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่า เป็นความพยายามทางปัญญาและความพยายามทางพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้อง ทั้งที่เกิดจากภายนอกและจากภายใน รวมถึงการจัดการต่อความขัดแย้งระหว่างปัญหาหรือข้อเรียกร้องเหล่านั้น เมื่อบุคคลประเมินรับรู้ได้ว่า เป็นภาวะที่ตนถูกคุกคามหรือเป็นภาวะที่หนักเกินกว่าความสามารถของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บุคคลที่จะรับได้ เกินแหล่งประโยชน์ที่จะจัดการได้ อาจทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นเกิดความเครียดได้ และเมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบกับความกดดัน และจะมีการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น กระบวนการปรับตัวต่อปัญหา (stress-coping process) และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman ขั้นตอนที่สำคัญคือ กระบวนการการประเมินการปรับตัวต่อปัญหา (appraisal-coping process) โดยการประเมินปัญหา (appraisal) หมายถึงตั้งแต่ความเข้าใจของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต่อปัญหาว่าเป็นอย่างไร การมองว่าปัญหานั้นเป็นสิ่งที่คุกคาม ทำลาย หรือทำให้ตนเองตกอยู่ในสภาพต้องยอมจำนน รวมถึงศักยภาพต่างๆ ของตนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการปรับตัวต่อปัญหา (coping) หมายถึงแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งในด้านความคิดและพฤติกรรม โดยรวมถึงแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และการจัดการกับสภาพอารมณ์ความรู้สึกของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นผลมาจากปัญหานั้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อกระบวนการการประเมินการปรับตัวต่อปัญหา มีอยู่ 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยเกี่ยวกับผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ การเตรียมใจในการรับรู้ความเป็นจริง สภาพจิตใจ ลักษณะบุคลิกภาพ 2. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค เช่น ความรุนแรงของโรค ระยะของการดำเนินโรค อาการแสดงออกต่างๆ ของโรค และ 3) ปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ครอบครัวและคนใกล้ชิดพร้อมให้ความเข้าใจและช่วยเหลือสนับสนุน จะมีการปรับตัวที่ดีกว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีญาติหรือหย่าร้าง นอกจากนี้ ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติต่างๆ ที่บุคคลและสังคมมีต่อความเจ็บป่วยหรือโรค ย่อมมีผลต่อความรู้สึกและปฏิกิริยาของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่มีบทบาทต่อการเกิดปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ และพฤติกรรมของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายที่ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะต้องเผชิญ และจะต้องปรับตัวปรับจิตใจให้ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้ได้ ต้องสร้างภาวะสมดุลขึ้นใหม่ให้กับตนเองทั้งทางกายและทางใจ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ต้องเผชิญหน้าและรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อการปรับภาวะจิตสังคมและดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับความคิด โดยใช้ทฤษฎีของ Ellis / Beck

ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทางความคิด (Cognitive Behavioral Therapy :CBT) ซึ่งแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้ ถูกพัฒนาขึ้นจากผู้นำในแนวคิดการบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) มี 2 คน คือ Albert Ellis (1962) และ Aaron Beck (1976) โดยที่ Ellis เชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ วิธีบำบัดคือการเปลี่ยนแปลงความคิดจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วน Beck เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น เพราะว่าคุณคนมีความคิดในลักษณะปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดทางลบ ไม่มีเหตุผล วิธีการบำบัดคือ มุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งกล่าวโทษกับตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) อัลเบิร์ต เอลลิส (Albert Ellis) เป็นผู้สร้างทฤษฎีการบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม หรือที่เรียกว่า Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) REBT โดยมองว่า ความเชื่อ การประเมิน ประสิทธิภาพของบุคคลเป็นตัวควบคุมความรู้สึกของบุคคล และก่อให้เกิดปัญหาทางอารมณ์มากกว่าสภาพแวดล้อมภายนอก

สุบิน สมน้อย (2549) กล่าวว่า แนวคิดที่อธิบายถึงระบบการช่วยเหลือที่สอนให้บุคคลรู้ถึงความเชื่อของบุคคลมีผลต่อความรู้สึก และการกระทำในชีวิตประจำวัน ดร.อัลเบิร์ต เอลลิส พัฒนา REBT ในปี ค.ศ. 1955 ซึ่งเป็นแนวทางการบำบัดอย่างหนึ่งที่พัฒนามาจากทฤษฎีการบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความเครียด REBT เชื่อว่าบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด แล้วทุกข์ทรมานเพราะบุคคลนั้นมีความคิดความเชื่อที่ไร้เหตุผล และมีเจตคติในทางร้ายต่อตนเอง มีการตอบสนองต่อความเครียดในลักษณะที่มากหรือน้อยเกินพอดี หลักสำคัญของ REBT คือ เชื่อว่าคนที่มีความทุกข์หรือมีปัญหาทางอารมณ์เพราะระบบความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง และตกเป็นเหยื่อของความเชื่อที่ไร้เหตุผล ซึ่งความเชื่อที่ไร้เหตุผลมีลักษณะต่อไปนี้ (Burns, 2000) ไม่ยืดหยุ่น เกรงตรง ไม่สอดคล้องกับความจริง ไม่สอดคล้องกับหลักการของเหตุผล และขวางกั้นไม่ให้บุคคลไปสู่เป้าหมาย บุคคลที่มีความเชื่อที่ไร้เหตุผล กระบวนการคิดของบุคคลเหล่านั้นจะผูกติดกับสิ่งที่ ต้องทำ หรือ ควรทำ สิ่งที่ต้องทำหรือสิ่งที่คาดหวังตามแนวคิดนี้ได้แก่

1. เรียกร้องคาดหวังในตนเอง การเรียกร้องหรือคาดหวังเช่นนี้จะทำให้ วิตกกังวล เคร่งเครียด และขาดความสามารถในการแสดงออก
2. เรียกร้องและคาดหวังจากคนอื่น ความคาดหวังเช่นนี้จะนำมาซึ่งความรู้สึกขุ่นเคืองใจ ไม่เป็นมิตร และก้าวร้าว

3. เรียกร้องหรือคาดหวังต่อสถานการณ์ ความคิดแบบนี้สัมพันธ์กับความสิ้นหวัง การผัดวันประกันพรุ่ง และการใช้สารเสพติด

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบ REBT

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อ อารมณ์ และพฤติกรรมของ ตนเอง
2. เพื่อสำรวจว่าความเชื่อที่ยึดถือนั้นมีเหตุผลหรือไม่
3. เพื่อนำความเชื่อที่ไร้เหตุผลออกไป และใส่ความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลแทน
4. ผสมผสานความเชื่อที่มีเหตุผลเข้าไปในระบบความเชื่อของผู้รับการปรึกษาเพื่อจะได้นำมาใช้ได้โดยอัตโนมัติ

กระบวนการบำบัดแบบ REBT โดยใช้ A B C D E (F) Paradigm และตัวอย่าง ขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ โดยมีเทคนิค ดังต่อไปนี้

1. สร้างสัมพันธภาพ แสดงถึงความอบอุ่น เป็นมิตรในระดับที่พอดีให้ผู้รับการปรึกษาสามารถระบายความคิด ความเชื่อของเขาได้อย่างอิสระ
2. เลือกที่จะใช้ REBT ในการช่วยเหลือให้อธิบายวิธีการ และขั้นตอนให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าจะมีการสำรวจความเชื่อ ที่ ส่งผลต่ออารมณ์ที่ไม่เป็นสุขของเขา ซึ่งจะช่วยให้เขามีอารมณ์ที่สุขมากขึ้นโดยการปรับวิธีคิดหรือความเชื่อของเขา
3. ตั้งเป้าหมายอภิปรายร่วมกันว่า ผู้รับการปรึกษามีเป้าหมายอะไรบ้างที่ต้องการบรรลุ

4. ใช้ ABCDE (F) paradigm

ขั้นที่ 1 ประเมิน เหตุการณ์กระตุ้น activating event (A)

ขั้นที่ 2 สำรวจ False belief (B)

ขั้นที่ 3 เชื่อมโยงให้เห็นผลกระทบที่ตามมา Consequence (C) มีเหตุการณ์อะไรบ้างในชีวิตประจำวันของผู้รับการปรึกษาที่กระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ โดยให้เขาระบุตัวอย่างปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น “ สามิไม่เคยชมฉันเลย ” สำรวจความเชื่อที่ไร้เหตุผล (irrational belief) ที่สืบเนื่องจากกรณีข้างต้น (ในขั้นที่ 1) ความเชื่อที่ไร้เหตุผลของผู้รับการปรึกษา คือ “สามิต้องชื่นชมฉัน” เชื่อมโยงให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์ อันสืบเนื่องมาจากความเชื่อที่ไร้เหตุผล กรณีนี้ผู้รับการปรึกษาเชื่อว่าสามิต้องชื่นชม แต่ในความเป็นจริงสามิไม่ได้ทำเช่นนั้น “ฉันจึงโกรธ”

ขั้นที่ 4 โต้แย้ง Dispute (D)

ดังนั้น การให้คำปรึกษาเพื่อปรับความคิด โดยใช้ทฤษฎีของ Ellis / Beck จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยปรับภาวะจิตสังคมได้ โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ของคนเรานั้น เป็นเพราะเราคิดแบบไม่มีเหตุผล ไม่ใช่เป็นเพราะว่ามีอะไรหรือใครทำอะไรกับเรา แต่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เราคิดถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับเรามากกว่า วิธีการบำบัดก็คือ เปลี่ยนแปลงความคิดของเราจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส Neuro Linguistic Programming (NLP)

ประมาณยี่สิบปีก่อน ริชาร์ด แบนเดอร์ (Richard Bandler) ซึ่งเป็นทั้งนักคณิตศาสตร์และนักคอมพิวเตอร์ กับ จอห์น กรินเดอร์ (John Grinder) นักภาษาศาสตร์ ได้สนใจร่วมกันศึกษาความสำเร็จในการรักษาคนไข้ของนักจิตบำบัดที่สามารถรักษาคนไข้หายได้รวดเร็ว จนกลายเป็นศาสตร์อีกแขนงหนึ่งเรียกว่า "Neuro-Linguistic Programming หรือ NLP" ซึ่งเป็นการศึกษาการเชื่อมโยงภาษาเข้ากับกระบวนการแปลความหมายในจิตใจของมนุษย์ ซึ่งมีทั้งภาษาทางกายและทางคำพูดอันส่งผลไปถึงพฤติกรรมของคนแต่ละคน NLP ได้เข้ามามีบทบาทในการรักษาผู้คนทั้งในชีวิตประจำวันและในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และเกิดสมาคม NLP มากมายแพร่กระจายไปทั่วโลก

แนวคิดทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (Neuro - Linguistic Programming : NLP) เป็น NLP เป็นศาสตร์ที่พัฒนามาจากวิธีการบำบัดทางจิตวิทยา ตามแนวคิดการบำบัดแบบ Gestalt และกรอบคร่าวๆ ของ Virginia Satir และการสะกดจิตของ Milton Ericson มาผสมผสานกับทฤษฎีการสื่อสารและทฤษฎีระบบของ Gregory Bateson ซึ่งนิยมอย่างแพร่หลายในยุโรปและอเมริกา

ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้นมี 3 เทคนิคคือ

1. เทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม
2. เทคนิคสัมพันธ์แห่งตนและเทคนิคการวางแผนอนาคต
3. เทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม

NLP จึงสามารถประยุกต์ใช้ได้หลายวงการ เช่นจิตบำบัด การบริหารจัดการบุคคล การศึกษา การตลาด แนวคิดนี้เชื่อว่านอกจากความคิดและอารมณ์จะส่งผลต่อร่างกาย เช่นความไม่สบายใจเป็นต้นเหตุแห่งความเจ็บป่วยแล้ว การกระทำของร่างกายก็ส่งผลไปถึงอารมณ์และความคิดด้วย

NLP ใช้เวลาเพียง 40 นาทีหรือน้อยกว่านั้น ซึ่งการใช้เทคนิคตามแนวทาง NLP นี้สามารถให้การบำบัดได้หลายรูปแบบทั้งการบำบัดแบบรายบุคคล แบบคู่สมรส ครอบครัวบำบัดและกลุ่มบำบัด อีกทั้งยังใช้เวลารวดเร็วในการบำบัด และได้ผลดียิ่งในผู้ที่ไม่ต้องการเปิดเผยปัญหาของตนเอง เพราะการบำบัดด้วยเทคนิค NLP จะไม่สนใจว่าปัญหาของบุคคลนั้นเกิดจากอะไร ต้นตอมาจากไหน แค่ว่าปัจจุบันมีความทุกข์เรื่องอะไร ก็สามารถจัดการแก้ไขความทุกข์ที่เป็นอยู่ทันที ซึ่งถ้าใช้หลักทางด้านจิตวิทยาบำบัด ต้องเสียเวลาพูดคุยค้นหาที่มาของปัญหา และใช้เวลาในการบำบัดค่อนข้างนานด้วย ต้องนัดมาพบนักจิตบำบัดหลายครั้ง แต่ NLP บำบัดให้หายได้ภายในครั้งเดียว โดยใช้เวลาการบำบัดสั้นมาก เช่น 20-40 นาที เป็นต้น

การใช้ NLP ในทางจิตบำบัดใช้แก้ไขปัญหา ความเครียด กังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ความกลัวที่ไร้เหตุผล ความตื่นตระหนกที่เกินเหตุ การคิดสุรา นุหรี สารเสพติด ปัญหาพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ย้ำคิดย้ำทำ กัดเล็บ ถอนเส้นผม เป็นต้น

ดังนั้นการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จึงสามารถช่วยแก้ไขปัญหาเพื่อปรับภาวะจิตสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ สามารถจัดการแก้ไขความทุกข์ที่เป็นอยู่ทันที บำบัดให้หายได้ภายในครั้งเดียว โดยใช้เวลาการบำบัดสั้น 20-40 นาที

การให้คำปรึกษารายบุคคลทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model

Satir Model เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Virginia Satir ซึ่งเป็นนักจิตบำบัดและครอบครัวบำบัดที่มีชื่อเสียง แนวคิดของ Virginia Satir เป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการทำจิตบำบัดในยุคปัจจุบันมากที่สุดเป็นลำดับที่ 5 (นักจิตบำบัดคนอื่นๆ ที่อยู่ลำดับต้นๆ ได้แก่ Carl Rogers, Sigmund Freud, Carl Jung) แนวคิดของ Satir เป็นแนวคิดที่มีลักษณะประสมประสานและมีความสร้างสรรค์มาก มีลักษณะพื้นฐานเป็นมนุษย์นิยมเชื่อมั่นในศักยภาพของมนุษย์ว่าสามารถพัฒนา และเปลี่ยนแปลงได้ และมีความคืออยู่ เป็นพื้นฐาน มีการผนวกแนวคิดที่หลากหลายหลายเรื่อง เช่น Mandala, ครอบครัวบำบัดด้วยการมองความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ, การใช้ศิลปะบำบัด, และละครบำบัด, เน้นการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในด้วยการทำให้เกิดประสบการณ์ทางอารมณ์และจิตใจที่ลึกซึ้งจนเกิดผลกระทบที่แท้จริงแม้ว่างานของ Satir (ธนา นิลชัยโกวิท, 2551) ในช่วงแรกจะเริ่มต้นจากจิตบำบัด และในปัจจุบันก็ยังใช้ในการทำจิตบำบัดเป็นหลักแต่ในระยะหลังได้มีการนำ Satir Model มาใช้ในการพัฒนาตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงสร้างจิตใจ และกลไกการทำงานของจิตใจตนเอง และผู้ที่เรามีปฏิสัมพันธ์ด้วยได้ดีขึ้นอย่างกว้างขวาง และนับเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มากขึ้นหนึ่งในการสังเกตตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้อื่นเกิดการพัฒนากายใจโดย

เริ่มต้นจากความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (empathy) และทัศนคติเชิงบวก (positive thinking) Satir Model สามารถนำมาพัฒนาตนเอง ให้เกิดความเข้าใจและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น เป็นพื้นฐานของจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) และเน้นศักยภาพมากกว่าปัญหา (กานดา ผาวงศ์, 2549)

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาตาม Satir Model ต้องการให้แต่ละคน (Kathlyne Maki-Banmen, 2008)

1. มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง (self esteem)
2. สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตตามที่ต้องการ (choice making)
3. รับผิดชอบต่อการตัดสินใจและชีวิตของตนเอง (self responsibility)
4. มีความสอดคล้องภายใน (congruent) ระหว่างพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก

ความต้องการที่แท้จริง

ลักษณะการจัดกระบวนการ พื้นฐานทฤษฎี Satir Model ในส่วนที่จำเป็น การสำรวจทำความเข้าใจตนเอง การฝึกฝนในรูปแบบต่างๆ เพื่อสามารถนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้กับตนเองและผู้อื่นได้ กิจกรรมจะเน้นทักษะการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (experiential learning) และการทบทวนประสบการณ์ (reflection) (ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหิดล, 2551)

Satir Model รวบรวมเอาวิธีการบำบัดแบบต่างๆ มาไว้เป็นแนวบำบัดที่สามารถเชื่อมโยงได้อย่างเหมาะสม ลึกซึ้งและลงตัว Satir เชื่อว่า ในการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้บำบัดต้องมีเป้าหมายที่ตั้งไว้ในใจที่เรียกว่า metagoals และ Satir ก็ได้เสนอว่าพฤติกรรมที่มนุษย์แต่ละคนแสดงออกมานั้น เป็นเพียงส่วนน้อย ยังมีอีกมากที่ซ่อนอยู่และไม่สามารถมองเห็นได้ จึงเปรียบพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ที่สามารถมองเห็นได้เป็นเหมือนกับ ภูเขาน้ำแข็ง ที่โผล่ยอดออกมาให้เห็นเพียงส่วนน้อย ยังมีอีกมากที่ยังจมอยู่ใต้ท้องทะเล อย่างไรก็ตาม แต่ละคนสามารถสำรวจภูเขาน้ำแข็งมนุษย์นี้ได้ด้วยตัวเอง ภูเขาน้ำแข็งแบ่งเป็นหลายระดับได้ ซึ่งเรียงจากระดับที่ใกล้กับผิวน้ำที่สุด ลงไปจนถึงส่วนที่ลึกที่สุดคือ (กานดา ผาวงศ์, 2549)

1. Feeling คือความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ เช่น ความโกรธ ความเกลียด ความรัก ความพอใจ เป็นต้น รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อความรู้สึกด้วยเช่น ความเกลียดความโกรธ เป็นต้น หากเปรียบกับพุทธศาสนา ก็คงเทียบได้กับความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งความรู้สึกและการปรุงแต่ง

2. Perception คือการรับรู้ของคนเรา ที่แตกต่างกันออกไป มันเป็นการให้คำวินิจฉัย ถูกผิด ซึ่งอาจจะเกิดจากประสบการณ์เดิมของแต่ละคนด้วยเช่นกัน คือ ต้องจำได้ก่อนว่าสิ่งนี้คืออะไร และเราจะปรุงแต่งมันเป็นอย่างไรร

3. Expectation คือความคาดหวัง ว่าควรจะได้หรือไม่ควรจะได้อะไร เขาควรจะเป็นอย่างไร เธอควรจะเป็นอย่างไร ซึ่งความคาดหวังนี้เองที่จะทำให้มนุษย์เรามีความทุกข์เกิดขึ้นได้มาก

4. Yearning เป็นความต้องการสากล เช่นความรัก ความเป็นเจ้าของ ความเป็นพวกเดียวกัน เป็นต้น

5. Self คืออัตตาตัวตนที่แท้จริง โดยส่วนใหญ่ก็เชื่อกันว่า คนที่มีปัญหาทางใจมักจะมีปัญหาว่า self หรือการมองตนเองไม่ค่อยดีนัก (low self esteem) ดังนั้นการบำบัดตามแนวทางนี้จึงต้องเสริม self ให้เขารู้สึกว่าเขาก็ยังมียอดอยู่ (กานดา พวงวงศ์, 2549)

ขั้นตอนในการปรึกษาจิตวิทยาตามแนว Satir Model 10 ขั้นตอน (นงพงา ลิ้มสุวรรณ, 2550)

1. Therapist prepares self ผู้ให้คำปรึกษาเตรียมตัวก่อนพบผู้รับคำปรึกษา
2. Make contact link สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้รับคำปรึกษา
3. Problem รับฟังปัญหาและประสบการณ์ของเขา
4. Explore impact ประเมินปัญหาว่า ก่อให้เกิดผลกระทบระดับใด
5. Set goal (s) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดังเป้าหมาย สำหรับการเปลี่ยนแปลง
6. Commitment ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง
7. Change ใช้เวลาที่เหลือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
8. Anchoring ตอกย้ำการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นแล้ว
9. Home work ให้การบ้านเพื่อตอกย้ำ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
10. Closure ยุติการรักษาของชั่วโมงนั้น และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป

ดังนั้น การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model จึงสามารถช่วยแก้ไขปัญหาเพื่อปรับภาวะจิตสังคมแก่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยช่วยเหลือให้เกิดการพัฒนาภายใน โดยเริ่มต้นจากความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (empathy) และเกิดทัศนคติในเชิงบวก (positive thinking)

การให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การให้การปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหเฉพาะของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากผู้ให้การศึกษาโดยตรงด้วยความละเอียด ครอบคลุม และรอบคอบอย่างเพียงพอ ผู้รับการปรึกษาได้รับความสนใจจากผู้ให้คำปรึกษา แต่เพียงผู้เดียวในการให้คำปรึกษา แต่ทุกครั้งจะเป็นผู้ที่ได้ประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ผู้รับคำปรึกษากล้าที่จะเปิดเผยตนเองอย่างอิสระกับผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งจะ

ช่วยให้การวินิจฉัยปัญหาและหาทางแก้ไขได้ถูกต้องรวดเร็วขึ้น ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องกังวลถึงความคิดเห็นและความรู้สึก หรือข้อเสนอแนะของผู้อื่น นอกจากของผู้ให้คำปรึกษาเพียงผู้เดียว และระหว่างการให้การปรึกษา ผู้รับคำปรึกษาไม่ต้องวิตกกังวลถึงความไม่พร้อมทางด้านทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์หรือบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสมของตนในการแสดงออกกับผู้อื่น เพราะเขาจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับผู้ให้คำปรึกษาแต่เพียงผู้เดียว (เจียรนัย ทรงชัยกุล, 2529) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาสนใจการให้คำปรึกษารายบุคคล เนื่องจากการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะของผู้รับบริการโดยตรง ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประโยชน์จากการให้คำปรึกษาอย่างเต็มที่

มณี เพือกวิไล (2537) กล่าวว่า การให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อปรับจิตสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ให้คำปรึกษาในผู้ป่วยทั้งไม่มีอาการและมีอาการ ผู้ป่วยที่รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต กลัวการถูกทอดทิ้ง การรังเกียจ และทุกข์ทรมานกับการเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลในขณะนี้ ควรได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ พร้อมๆ กับการดูแลสุขภาพทางกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจะดำรงชีวิตประจำวันได้ดีที่สุด การให้คำปรึกษารายบุคคลกระทำเพื่อ

1. ให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นโดยสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ลดความรุนแรงทางอารมณ์ การมองโลกทางสร้างสรรค์ ไม่ท้อแท้สิ้นหวังจะก่อให้เกิดพลังจิตที่เข้มแข็ง ช่วยให้สุขภาพทางกายดีขึ้น บรรเทาอาการเจ็บปวดและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้
2. แนะนำวิธีลดความเครียด โดยให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพและความพึงพอใจเช่น การได้ฟัง หรือ เล่นดนตรี การฟังธรรม การทำสมาธิ การทำกลุ่มสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้สึกให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำศาสนาเข้ามาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ความเชื่อและศรัทธาทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจชีวิตได้ดีขึ้น ผ่อนคลายและสงบมากขึ้น
4. การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อ การปลอบโยนและให้กำลังใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งว่าเหว่ มองเห็นคุณค่าของชีวิตตนเอง
5. การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังที่จะเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยพร้อมต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
6. การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อช่วยลดการรู้สึกถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจได้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลมีดังนี้

ณัฐนันท์ ใจตรง (2540) ศึกษาผลการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและการดูแลตนเองของผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ในโรงพยาบาลมุกดาหารพบว่า ผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความหวังและการดูแลตนเองสูงขึ้น และมี

ความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนความซึมเศร้านั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพรรณิ นาคทอง (2539) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของโรเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ผลการศึกษา 1) ก่อนการให้คำปรึกษา พบว่าระดับการศึกษาเกี่ยวกับระดับความวิตกกังวล ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีความสัมพันธ์กันในทางบวก และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลเท่ากับ 78.93 2) หลังการทดลองพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 จากผลการวิจัยครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่า การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทางของโรเจอร์ส สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันทา อริยกุลนิมิต (2542) ได้ศึกษาประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ในวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง 2.19 หลังการทดลอง 2.68 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติพบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังทำการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่าสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติ การควบคุมโรคเอดส์จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ ของทุกๆ คนในสังคม การที่ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงภัยที่ร้ายแรงของโรค จะช่วยให้การกระจายของโรคลดลง การให้คำปรึกษาแนะนำจึงเป็นบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนนั้น มีความรู้สึกเข้าใจเกี่ยวกับโรคทั้งในแนวกว้าง และแนวลึก เพื่อช่วยประคับประคองซึ่งกันและกัน ทั้งยังสามารถเผยแพร่ความรู้ต่อไปได้อย่างถูกต้อง ความสำคัญของการให้บริการคำปรึกษาอย่างเป็นขั้นตอนนั้น จะช่วยให้ผู้รับบริการคำปรึกษาและผู้ให้บริการคำปรึกษาสามารถดำเนินการพร้อมกันได้ หากไม่มีขั้นตอนแล้วจะไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าขณะนี้ต่างฝ่ายกำลังทำอะไรกันอยู่ หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่ได้อยู่ในขั้นตอนเดียวกัน ผู้ให้บริการคำปรึกษาสามารถช่วยปรับให้ทั้งสองฝ่ายดำเนินอยู่ขั้นตอนเดียวกัน ทำให้ไม่เกิดการสับสนรวมทั้ง เป็นการช่วยให้กระบวนการให้บริการคำปรึกษาดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539) การให้คำปรึกษารายบุคคล ด้านการปรับจิตสังคม พยาบาลควรวางแผนร่วมกับครอบครัวและผู้ติดเชื้อ เพื่อเสริมสร้างความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อทราบว่า การมีความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย โดยเน้นให้ผู้ติดเชื้อทราบว่า การมีความหวังจะช่วยกระตุ้นให้การทำงานของ

ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดีขึ้น นอกจากความหวังก่อให้เกิดการปรับตัวด้านสรีรภาพแล้ว ความหวังยังทำให้นักคลทนต่อความเจ็บป่วยมากขึ้น พร้อมทั้งจะเผชิญกับความเจ็บป่วย ทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น(สุนันทา อริยกุลนิมิต, 2542)

โดยสรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีปัญหาด้านจิตใจและสังคมให้มีแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยให้การปรึกษาเฉพาะรายในแต่ละครั้ง เพื่อให้เขาสามารถเข้าใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น และสามารถเผชิญปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ และมีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถวางแผนการชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ ตลอดจนปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) (วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2547) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน ประกอบด้วย:
 - แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)
 - คำสำคัญในการสืบค้น (Key Word)
 - การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย:
 - การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation)
 - การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน

1.1 แหล่งข้อมูล ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) และจากทางอินเทอร์เน็ต (Internet) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet), กองควบคุมโรคเอดส์ (aids.thai.org), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (library.cmu.ac.th), ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (library.kku.co.th), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (library.msu.co.th), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยรามคำแหง (library.ru.co.th), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (library.bbu.co.th), ห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (library.tu.co.th) และ สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (library.swu.ac.th)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, NLM Catalog และ OVID

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1) การให้คำปรึกษารายบุคคลและเอดส์
- 2) Individual counseling, AIDS / HIV
- 3) AIDS / HIV, Psychosocial Care
- 4) AIDS / HIV, Psychosocial adjustment
- 5) Individual counseling, AIDS / HIV , Psychosocial adjustment

1.3 การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้คือ

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกเพศและวัย

3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการปรับตัวด้านจิตสังคม เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด อาการรบกวนทางจิตใจ คุณภาพชีวิต และการนับถือตนเอง เป็นต้น

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ ดังจะแสดงในตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษา วิจัยที่สืบค้นได้	จำนวนงานวิจัย ที่ตรงตามเกณฑ์
Mulinet	Individual counseling and	4	-
	Psychosocial Care and AIDS	2	-
	รวม	6	-
library.msu.ac.th	Individual counseling and	7	2
	Psychosocial Care and AIDS	8	-
	รวม	15	2
library.kku.ac.th	Individual counseling and	12	1
	Psychosocial Care and AIDS	5	-
	รวม	17	1
Library.cmu.ac.th	Individual counseling and	48	1
	Psychosocial Care and AIDS	6	-
	รวม	54	1
library.swu.ac.th	การให้คำปรึกษารายบุคคลและ	56	2
	Psychosocial Care and AIDS	22	2
	รวม	78	4
library.ru.ac.th	Individual counseling and	11	2
	Psychosocial Care and AIDS	7	-
	รวม	17	2
library.buu.ac.th	Individual counseling and	13	2
	Psychosocial Care and AIDS	15	2
	รวม	28	4
library.tu.ac.th	Individual counseling and	21	1
	Psychosocial Care and AIDS	9	-
	รวม	30	1

ตาราง 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการศึกษา วิจัยที่สืบค้นได้	จำนวนงานวิจัยที่ ตรงตามเกณฑ์
library.chula.ac.th	Individual counseling and	18	1
	Psychosocial Care and AIDS	11	-
	รวม	29	1
PUBMED	Individual counseling and	22	-
	Psychosocial Care and AIDS	12	1
	รวม	10	1
CINAHL	counseling and AIDS/HIV	3	-
	Psychosocial Care and AIDS	-	-
	รวม	3	-
NLM catalog	Psychosocial and AIDS/HIV	8	-
	Individual counseling and	2	-
	รวม	10	-
OVID	Individual counseling and	6	-
	Psychosocial Care and AIDS	3	-
	รวม	9	-
รวมทั้งสิ้นจาก 13 ฐานข้อมูล		306	17

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้จำนวน 306 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 17 เรื่อง

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย

การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาคความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์ส ที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ	สุพรรณิ นาคทอง/2539	B
ผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์	ร.ต.อ.อาภรณ์ ชัยศิริ/2540	B
ผลของการให้คำปรึกษาแบบยี่ดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เพื่อลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์	บัวตัน เขียวอารมณ์/2540	B
ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตัวเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	สุพาณี เสมสุขกรี/2541	B
ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่มีต่อความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	บงกช เจตน์สว่าง/2549	B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่น เป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ใน โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 กรุงเทพมหานคร	เบญจพร มงคลธง/2550	B
ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการ เห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี	ทัศนยา โพนยงค์/2546	B
ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มต่อ ความเครียดในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี	สิริพร เพชรงาม/2545	B
ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ต่อการ ปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น	วิไลวรรณ พันธิไชย/2540	B
การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและ รายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ที่มีต่อพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	การุณย์ หงส์กา/2545	B
ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและ อารมณ์ และการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามที่มีต่อ การปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	น้ำทิพย์ เพ็ชรดี/2544	B
ผลการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยติดเชื้อ เอดส์ โรงพยาบาลมุกดาหาร	ณัฐนันท์ ใจตรง/2540	B
การทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญา นิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)เพื่อลดระดับความซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรค และโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2545	ศิริวิไล คำวะลี/2545	B

ตาราง 2 แสดงคุณภาพระดับงานวิจัย (ต่อ)

ชื่อเรื่อง	ผู้ศึกษา / ปี	ระดับ
ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์	วิชุดา บำรุงยศ/2544	B
ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	เบญจวรรณ ทรัพย์คง/2547	B
ผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อ HIV	สุนันทา ปราโมกษ์ชน/2550	B
Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men	Jose' K Co' te' PhD:Carolyn Pepler PhD/2005	A

จากการศึกษา เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ Full Text จำนวนทั้งสิ้น 17 เรื่อง ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ได้ คำสำคัญในการสืบค้นจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 17 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) การจัดกระทำ (intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding/result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (implication/implementation)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับ การใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลงานวิจัย

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์และผู้ป่วยเอดส์ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่องที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์และผู้ป่วยเอดส์ แสดงไว้ใน ตารางที่ 3 ในภาคผนวก

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

2.2 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์และผู้ป่วยเอดส์ และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ ซึ่งมี 5 รูปแบบได้แก่

2.2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger จำนวน 8 เรื่อง

2.2.2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser จำนวน 2 เรื่อง

2.2.3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman/ Ellis / Beck จำนวน 4 เรื่อง

2.2.4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสจำนวน 2 เรื่อง

2.2.5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัย

สำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 17 เรื่องได้แสดงไว้ใน ตารางที่ 2 ในภาคผนวก ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อมีแอลกอฮอล์และผู้ป่วยเอดส์

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

2.1 คุณภาพงานวิจัย

จากการวิเคราะห์พบว่างานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 16 เรื่อง

2.2 รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง สามารถสรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ 5 รูปแบบได้แก่

รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger จำนวน 8 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 8 เรื่องที่ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง สามารถสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger ได้ดังนี้

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (เบญจพร มงคลธง, 2550)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 10 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สิริพร เพชรงาม, 2545)

มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอรรมณ์, 2540)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ทัศนยา โพนยงค์, 2546)

มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 50 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 45 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (สุพรรณิ นาคทอง, 2539)

สรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 - 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 - 90 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละประมาณ 1-2 ครั้ง มี 1 เรื่อง มีการประเมินผลระหว่างการทดลอง หลังการให้คำปรึกษาครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4, ครั้งที่ 7 และหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 4 (ทัศนา โพนยงค์, 2546) มี 1 เรื่อง ประเมินผล 2 ครั้งหลังการทดลองทันที และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 1 (สุพรรณิ นาคทอง, 2539) อีก 6 เรื่อง ประเมินผล 1 ครั้งหลังการทดลองทันที (เบญจพร มงคลธง, 2550; สิริพร เพชรงาม, 2545; อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอารมณ์, 2540; สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549)

วิธีการบำบัด

จากการวิเคราะห์ วิธีการบำบัดตามรูปแบบที่ 1 พบว่า

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (สุพรรณิ นาคทอง, 2539)

มีงานวิจัย 2 เรื่อง ใช้ 4 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 3 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ครั้งที่ 4 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใช้ 7 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 6 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger และครั้งที่ 7 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (ทัศนา โพนยงค์, 2546)

มีงานวิจัย 2 เรื่อง ใช้ 8 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 7 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger และครั้งที่ 8 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอารมณ์, 2540)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใช้ 10 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 9 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger และครั้งที่ 10 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (สิริพร เพชรงาม, 2545)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ใช้ 12 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 11 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger และครั้งที่ 12 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (เบญจพร มงคลธง, 2550)

สรุป ทั้ง 8 งานวิจัย มีวิธีการบำบัดโดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 - 12 ครั้ง และตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับการปรึกษา คือ

1. ค้นพบ เข้าใจ และยอมรับตนเอง
2. หาทางที่จะพัฒนาปรับปรุงตนเองให้เข้ากับความเป็นจริง
3. เข้าใจตนเองว่าอะไรคืออุปสรรคของความเจริญงอกงามของตน
4. รับรู้ถึงสิ่งที่ทำให้รับรู้ตนเองผิดไปจากความเป็นจริง

เทคนิคในการให้การปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1. การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ (Intensive Listening) และสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นจริงใจ
2. การยอมรับฟังในเรื่องราวและความเป็นบุคคลของผู้รับการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขโดยไม่ตัดสิน
3. การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling)
4. การทำให้เกิดความเข้าใจที่กระจ่างชัด (Clarifying)
5. การสนับสนุน (Supportive)

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้

- เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ระยะไม่มีอาการ 4 เรื่อง (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอรรมณ์, 2540; สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549)
- เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ระยะไม่มีอาการ 3 เรื่อง (เบญจพร มงคลธง, 2550; ทศนา โพนยงค์, 2546; สิริพร เพชรงาม, 2545)
- เป็นผู้ป่วยเอดส์ ระยะมีอาการ 1 เรื่อง (สุพรรณิ นาคทอง, 2539)

และทั้ง 8 งานวิจัยให้การปรึกษารายบุคคลกับผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

สรุป ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger จาก ทั้ง 8 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื่อเอช ไอ วี 4 เรื่อง และ อีก 4 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ และเริ่มมีอาการแต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางจิตสังคม

ความวิตกกังวล จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาความวิตกกังวลและ พบว่า หลังการทดลองความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่ได้รับการให้คำปรึกษา รายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ลดลง ก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (สุพรรณิ นาคทอง, 2539) ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวลของ ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ผู้วิจัยสร้างจากการสัมภาษณ์ข้อเท็จจริง และการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยปรับปรุงมาจากของสปีลเบิร์กเกอร์และคนอื่นๆ

ความเครียด จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 3 เรื่อง ที่ศึกษาความเครียดและ พบว่า มี 2 เรื่อง หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความเครียด ลดลง ก่อนการทดลอง และ กลุ่ม ทดลอง มีความเครียดลดลง มากกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; เบญจพร มงคลธง, 2550) มี 1 เรื่อง กลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลง มากกว่า กลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สิริพร เพชรงาม, 2545) ประเมินโดย แบบสอบถาม ความเครียด ดัดแปลงมาจาก แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์, แบบสอบถามความเครียด ดัดแปลงมาจากแนวคิดเรื่องความวิตกกังวลของโรเจอร์ (Roger, 1951) และเครื่อง EMG biofeedback ชนิด autogenic At 33 ตามลำดับ

ความท้อแท้ จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาความ ท้อแท้พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความท้อแท้ในการดำรงชีวิต ลดลงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 (บัวตัน เขียวอารมณ์, 2540) ประเมินโดย แบบสอบถามความท้อแท้ของมาส แลค Maslach (1979)

อารมณ์ซึมเศร้า จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาอารมณ์ซึมเศร้า พบว่า กลุ่มทดลอง มีอารมณ์ซึมเศร้า ลดลงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุภาพณี

เสมสุขกรี, 2541) ประเมินโดย แบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของซิกมอนด์แอนด์สแนธ Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการวิเคราะห์งานวิจัย มิงงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ศึกษาความรู้สึกมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้สึกมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สุพานี เสมสุขกรี, 2541) และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ทัศนยา โพนยงค์, 2546) และในระยะ ติดตามผล หลังการให้คำปรึกษา สัปดาห์ที่ 2 และ 4 มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ทัศนยา โพนยงค์, 2546) ประเมินโดย แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self Esteem) และแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1967) ตามลำดับ

ความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื่อ จากการวิเคราะห์งานวิจัย มิงงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื่อ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื่อเอชไอวี สูงกว่า ก่อนได้รับการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (บงกช เจตน์สว่าง, 2549) ประเมินโดย แบบประเมินความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื่อเอชไอวี

สรุป ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger สามารถลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง ลดความเครียด 3 เรื่อง ลดความท้อแท้ 1 เรื่อง ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2 เรื่อง และเพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื่อ 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser จำนวน 2 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 2 เรื่องที่ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง สามารถสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ได้ดังนี้

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วิไลวรรณ พันไชย, 2540)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (การุณย์ หงส์กา, 2545)

สรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิด ของ Glasser ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 6 - 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 - 90 นาที ให้ การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินผล 1 ครั้งหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยทันที

วิธีการบำบัด

จากการวิเคราะห์ วิธีการบำบัดตามรูปแบบที่ 2 พบว่า

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 6 ครั้ง 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 5 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือการให้คำปรึกษา แบบแบบกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง และครั้งที่ 6 ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (การุณย์ หงส์กา, 2545)

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 7 ครั้ง 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง สัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 6 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือโปรแกรมการให้ คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง และครั้งที่ 7 ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้ คำปรึกษา (วิไลวรรณ พันไชย, 2540)

สรุป ทั้ง 2 งานวิจัย มีวิธีการบำบัดโดย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 6 - 7 ครั้ง และ ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการ ช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

หลักการให้การปรึกษาตามแนวทฤษฎีแบบเผชิญความจริง เน้นพฤติกรรมในระดับ จิตสำนึก เป็นพฤติกรรมที่ได้วางโครงการ ไม่ได้ปล่อยชีวิตให้ล่องลอย ไม่นั่นอดีต เน้นปัจจุบันและ อนาคต องค์ประกอบที่คนปรับตัวได้คือ ความรับผิดชอบ ความเป็นจริง และการประเมินพฤติกรรม มีขั้นตอนการบำบัดประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การสำรวจปัญหา/ ความต้องการของผู้ป่วย การเผชิญสภาพความเป็นจริง การสร้างสัญญาผูกพัน การวางโครงการ และการติดตามการปฏิบัติ ตามโครงการและยุติการให้คำปรึกษา (วิไลวรรณ พันไชย, 2540)

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้

- เป็นผู้ป่วยเอดส์ ระยะเริ่มมีอาการ 1 เรื่อง (การุณย์ หงส์กา, 2545)
- เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี มีบุตรคนสุดท้ายท้องอายุไม่เกิน 1 ปี 6 เดือน ระยะไม่มีอาการ 1 เรื่อง (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540)

และทั้ง 2 งานวิจัย ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

สรุป ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ Glasser มี 1 เรื่อง เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และ อีก 1 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

การปรับตัว จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ศึกษาการปรับตัวมี 4 ด้าน และพบว่า

ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน มี 1 งานวิจัย ผู้ป่วยเอดส์ ระยะเริ่มมีอาการ หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีการปรับตัว ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล มีการปรับตัว ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (การุณย์ หงส์กา, 2545) และมี 1 งานวิจัย หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการปรับตัว ทั้ง 3 ด้าน สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540)

ด้านบทบาทหน้าที่ มี 1 งานวิจัย ผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการหลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม มีการปรับตัว สูงกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการหลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล ไม่สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลได้ (การุณย์ หงส์กา, 2545) และมี 1 งานวิจัย หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง ปรับตัว สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540)

การปรับตัวโดยรวมทุกด้าน มี 1 งานวิจัย หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมทุกด้าน ดีขึ้นกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลมีการปรับตัวโดยรวมทุกด้าน ดีขึ้นกว่า ก่อนการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ หลังการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีการปรับตัวโดยรวมทุกด้าน ดีขึ้นกว่า หลังการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (การุณย์ หงส์กา, 2545) มี 1 งานวิจัย กลุ่มทดลอง มีการปรับตัวโดยรวมทุกด้าน สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วิไลวรรณ พันธิไชย, 2540)

ทั้ง 2 งานวิจัย ประเมินโดยแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัว ซึ่งใช้กรอบแนวความคิดการปรับตัวของรอยด์

สรุป ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมจากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser สามารถเพิ่มคะแนนการปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาหว่ากัน (การุณย์ หงส์กา, 2545) และด้านบทบาทหน้าที่ (วิไลวรรณ พันธิไชย, 2540) สำหรับการเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพบว่า การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สามารถเพิ่มคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าการให้คำปรึกษารายบุคคล (การุณย์ หงส์กา, 2545)

รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman/ Ellis / Beck จำนวน 4 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 4 เรื่อง ที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง สามารถสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ได้ดังนี้

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 – 30 นาที ให้การบำบัดวันละ 1 ครั้ง (Cote & Pepler, 2005)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 50 นาที ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (ศิริวิไล คำวะลี, 2545)

สรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 - 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 - 60 นาที มี 1 เรื่อง ให้การบำบัดวันละ 1 ครั้ง (Cote & Pepler, 2005) และ 3 เรื่อง ให้การบำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544; ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; ศิริวิไล คำวะลี, 2545) มีการ ประเมินผล หลังการให้คำปรึกษา 1 สัปดาห์ (ศิริวิไล คำวะลี, 2545) ส่วนเรื่องอื่นๆ ประเมินผล 1 ครั้ง หลังเสร็จสิ้นงานวิจัยทันที

วิธีการบำบัด

จากการวิเคราะห์ วิธีการบำบัดตามรูปแบบที่ 3 พบว่า

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 3 ครั้ง 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (Cote & Pepler, 2005)

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 - 2 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 3-7 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือ นำเข้าการวิเคราะห์พฤติกรรมในรูปแบบ ABCDE ของเอลลิส ฝึกการวิเคราะห์ทฤษฎี ABCDE นำเข้าสู่ ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล 11 ข้อ ของเอลลิส และการนำทฤษฎี ABCDE มาใช้ใน ชีวิตประจำวัน ครั้งที่ 8 ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544)

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือให้คำปรึกษา เกี่ยวกับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง และ ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540)

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 - 3 ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) ครั้งที่ 4 ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (ศิริวลี คำวะลี, 2545)

สรุป ทั้ง 4 งานวิจัย มีวิธีการบำบัดโดย ใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 – 8 ครั้ง และตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือผู้วิจัยได้ให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด

จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบปรับความคิด ได้แก่

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อ อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง
2. เพื่อสำรวจว่าความเชื่อที่ยึดถือนั้นมีเหตุผลหรือไม่
3. เพื่อนำความเชื่อที่ไร้เหตุผลออกไป และใส่ความเชื่อใหม่ที่มีเหตุผลแทน
4. ผสมผสานความเชื่อที่มีเหตุผลเข้าไปในระบบความเชื่อของผู้รับการปรึกษา เพื่อจะได้นำมาใช้ได้โดยอัตโนมัติ

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้

- เป็นผู้ป่วยเอดส์ รับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล ระยะวิกฤต 1 เรื่อง (Cote & Pepler, 2005)
- เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ 1 เรื่อง (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544)
- เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระยะไม่มีอาการ 2 เรื่อง (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540; ศิริวลี คำวะลี, 2545)

มี 3 เรื่องให้การปรึกษารายบุคคลในผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และ 1 เรื่อง ให้การปรึกษารายบุคคลในผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน

สรุป ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck จากทั้ง 4 เรื่อง เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ 1 เรื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหญิงและชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระยะไม่มีอาการ 2 เรื่อง และ ผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต 1 เรื่อง มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ตามลำดับ

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

การปรับตัว จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 2 เรื่อง พบว่า หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ปรับตัวดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Cote & Pepler, 2005; น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544) ประเมินโดย แบบประเมินการปรับความคิดของ Mc Gill (Cote & Pepler, 2005) และ ประเมินโดย แบบประเมินการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื่อเอช ไอ วี ซึ่งใช้กรอบแนวความคิดการปรับตัวของรอยด์ (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544)

ความหวัง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความหวัง เพิ่มขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540) ประเมินโดย แบบวัดความหวัง ได้สร้างขึ้นตามทฤษฎีการสร้างความหวังของเบค (Beck)

การดูแลตนเอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการดูแลตนเอง ดีขึ้น กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540) ประเมินโดย แบบสอบถามคัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สมจิต หนูเจริญกุล ซึ่งคัดแปลงมาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ความวิตกกังวล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวล ลดลง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540) ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวล คัดแปลงมาจาก สไปล์เบอร์เจอร์

อารมณ์ซึมเศร้า จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 2 เรื่อง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีอารมณ์ซึมเศร้า ลดลง กว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540; ศิริวิไล คำวะลี, 2545) ประเมินโดย แบบวัดความซึมเศร้า คัดแปลงมาจาก แบบวัดความซึมเศร้าของเบค

สรุป ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck มีการปรับตัวดีขึ้น 2 เรื่อง ความหวังเพิ่มขึ้น 1 เรื่อง การดูแลตนเองดีขึ้น 1 เรื่อง ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จำนวน 2 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 2 เรื่องที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง สามารถสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสได้ดังนี้

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วิชุดา บำรุงยศ, 2544)

มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

สรุป การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ให้การบำบัดประมาณ 2-4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 - 60 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีงานวิจัย 1 เรื่อง ประเมินผล 2 ครั้ง คือ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 (วิชุดา บำรุงยศ, 2544) และ มีงานวิจัย 1 เรื่อง ประเมินผล 2 ครั้ง คือ เสร็จสิ้นการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามลำดับ (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

วิธีการบำบัด

จากการวิเคราะห์ วิธีการบำบัดตามรูปแบบที่ 4 พบว่า

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 2 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คือการสร้างสัมพันธภาพ ตกลงบริการและ การดำเนินการช่วยเหลือฝึกการผ่อนคลาย โดยผู้วิจัยสังเกตและจดจำ ลักษณะท่าทางของผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ และ สังเกตสีหน้า เปลือกตา ความตึงตัวกล้ามเนื้อ จังหวะการหายใจ การตอบสนอง ครั้งที่ 2 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (วิชุดา บำรุงยศ, 2544)

มีการวิจัย 1 เรื่อง ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 4 ครั้ง 3 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ใช้ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ ครั้งที่ 2 และ 3 ใช้ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือดำเนินการให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทักษะใหม่ภายใต้

จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคการวางแผนอนาคต ครั้งที่ 4 ใช้ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

สรุป ทั้ง 2 งานวิจัย มีวิธีการบำบัดโดยใช้ระยะเวลาในการบำบัดประมาณ 2 – 4 ครั้ง และตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะของความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ ประสบการณ์ต่างๆ โดยผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้งห้าเข้าสู่กระบวนการป้อนรหัสและให้ความหมายเพื่อแสดงออกมาเป็นวาทะและอวัจนภาษาโดยจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ใช้ 3 เทคนิค คือ เทคนิคการสร้างทรรชนะใหม่ ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคครีมีพลังแห่งตนและเทคนิคการวางแผนอนาคต

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้

- เป็นผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต 1 เรื่อง ผู้รับการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน (วิชุดา บำรุงยศ, 2544)
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ 1 เรื่อง ผู้รับการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอก (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

ความวิตกกังวล จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาความวิตกกังวลและพบว่า หลังการทดลองและระยะติดตามผลหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวล ต่ำกว่า กลุ่มควบคุม และ ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิชุดา บำรุงยศ, 2544) ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (The death anxiety scale: DAS)(Templer, 1970)

อารมณ์ซึมเศร้า จากการวิเคราะห์งานวิจัย มีงานวิจัย 1 เรื่อง ที่ศึกษาอารมณ์ซึมเศร้าและพบว่า หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลอง มีอารมณ์

ซึมเศร้า ลดลงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) ประเมินโดย แบบวัดความซึมเศร้า (CES-D) (Radloff, 1977)

สรุป ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส พบว่า ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง และ ลดภาวะซึมเศร้า 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 1 เรื่องที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์ สามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ระยะเวลาในการบำบัด และติดตามผล

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550)

วิธีการบำบัด

จากการวิเคราะห์ วิธีการบำบัดตามรูปแบบที่ 5 พบว่า

ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง 10 ขั้นตอน ครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 ผู้ให้คำปรึกษาเตรียมตัวก่อนพบผู้รับคำปรึกษา และขั้นตอนที่ 2 สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับผู้รับคำปรึกษา ครั้งที่ 2 - 7 ใช้ขั้นตอนที่ 3 - 9 รับฟังปัญหาและประสบการณ์ของเขา ประเมินปัญหาว่า ก่อให้เกิดผลกระทบระดับใด ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดังเป้าหมายสำหรับการเปลี่ยนแปลง ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ใช้เวลาที่เหลือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ต่อยำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแล้ว ให้การบ้านเพื่อตอกย้ำการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ ครั้งที่ 8 ใช้ขั้นตอนที่ 10 การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา

สรุป วิธีการบำบัด ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 8 ครั้ง 10 ขั้นตอน ตามการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model มีจุดมุ่งหมายการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ต้องการให้แต่ละคน

1. มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง (self esteem)
2. สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตตามที่ต้องการ (choice making)
3. รับผิดชอบต่อการตัดสินใจและชีวิตของตนเอง (self responsibility)

4. มีความสอดคล้องภายใน (congruent) ระหว่างพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริง

ผู้รับการบำบัด

เป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550)

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม

● **ความวิตกกังวล** พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวล น้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550) ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวล STAI Form Y (The State - Trait Anxiety Inventory Form Y) ของ Spielberg, Gorsuch & Lushen (1983)

● **อารมณ์ซึมเศร้า** พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีอารมณ์ซึมเศร้า น้อยกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550) ประเมินโดย แบบวัดความซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) ของ Beck

สรุป ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model สามารถลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า

รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ ทั้ง 5 รูปแบบดังกล่าวข้างต้น มีองค์ประกอบที่เหมือนกัน และแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3 ดังนี้

ตาราง 3 องค์ประกอบของการบำบัด

รูปแบบ	ระยะเวลาในการบำบัด และ ติดตามผล	วิธีการบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด
รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษาแบบบุคคล	-บำบัด 2 - 12 ครั้ง	ขั้นตอนการให้	-เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติด	พยาบาลวิชาชีพ	-ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง
แบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger จำนวน 8 เรื่อง	-ครั้งละ 30 - 90 นาที	คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ	-เป็นหญิงตั้งครรภ์ 4 เรื่อง		
	-สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	การสร้างสัมพันธภาพ	-เป็นผู้ป่วยเอชไอวีและ		-ลดความเครียด 3 เรื่อง
	-ประเมินผล หลังการ	และตกลงบริการ การ	ผู้ป่วยแต่ละระยะที่ไม่มี		-ลดความท้อแท้ 1 เรื่อง
	ทดลองทันที มี 6 เรื่อง	ดำเนินการช่วยเหลือ	อาการ และเริ่มมีอาการ		-ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง
	-ประเมินผล ระหว่าง	การติดตามผลและการ	4 เรื่อง		
	การทดลอง ในการให้	ยุติการให้บริการให้	-สามารถช่วยเหลือ		-เพิ่มความมีคุณค่าใน
	คำปรึกษา ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4, ครั้งที่ 7 และหลัง	คำปรึกษา ในขั้นตอน	ตัวเองได้ มารับบริการที่		ตนเอง 2 เรื่อง
	การทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 4 มี 1 เรื่อง	การดำเนินการช่วยเหลือ	แผนกผู้ป่วยนอก		-เพิ่มความพร้อมในการ
	-ประเมินผล 2 ครั้งหลัง	ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการ			เปิดเผยการติดเชื้อ 1 เรื่อง
	การทดลองทันที และ	ให้คำปรึกษารายบุคคล			
	หลังการทดลองสัปดาห์	แบบยึดผู้ป่วยเป็น			
	ที่ 1 มี 1 เรื่อง	ศูนย์กลางตามทฤษฎี			
		ของ Roger			

ตาราง 3 องค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

รูปแบบ	ระยะเวลาในการบำบัด และ ติดตามผล	วิธีการบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด
รูปแบบที่ 2 การให้ คำปรึกษารายบุคคล แบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser จำนวน 2 เรื่อง	-บำบัด 6 - 7 ครั้ง -ครั้งละ 45 - 90 นาที -บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง -ประเมินผล 1 ครั้งหลัง เสร็จสิ้นงานวิจัยทันที ทั้ง 2 เรื่อง	ขั้นตอนการให้ คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ การ ดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการ ยุติการให้บริการให้ คำปรึกษา ในขั้นตอน การดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการ ให้คำปรึกษาแบบเผชิญ ความจริง	-เป็นผู้รับการบำบัดที่ เป็นมารดาที่ติดเชื้อ เอชไอวี ระยะไม่มี อาการ 1 เรื่อง -เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะ เริ่มมีอาการ 1 เรื่อง -มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก	พยาบาลวิชาชีพ	- เพิ่มคะแนนการ ปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศน และ ด้านการพึ่งพาระหว่าง กัน (การรู้ยั้ง หงส์กา, 2545) และด้านบทบาท หน้าที่ (วิไลวรรณ พันธ ไชย, 2540) - การให้คำปรึกษาแบบ กลุ่ม สามารถเพิ่ม คะแนนการปรับตัว โดยรวมดีกว่าการให้ คำปรึกษารายบุคคล (การรู้ยั้ง หงส์กา, 2545)

ตาราง 3 องค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

รูปแบบ	ระยะเวลาในการบำบัด และ ติดตามผล	วิธีการบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด
รูปแบบที่ 3 การให้ คำปรึกษารายบุคคล	-บำบัด 2 - 8 ครั้ง -ครั้งละ 20 - 60 นาที	ขั้นตอนการให้ คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ	-เป็นผู้ป่วยเอดส์รับเข้า นอนรักษาใน	พยาบาลวิชาชีพ	-ปรับตัวดีขึ้น 2 เรื่อง -ความหวังเพิ่มขึ้น 1 เรื่อง
แบบปรับความคิด ตาม ทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman/ Ellis / Beck จำนวน 4 เรื่อง	-บำบัด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง มี 1 เรื่อง -ประเมินผลหลังการ ทดลองสัปดาห์ที่ 1 มี 1 เรื่อง -ประเมินผล 1 ครั้งหลัง การทดลองทันที มี 3 เรื่อง	การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ การ ดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการ ยุติการให้บริการให้ คำปรึกษา ในขั้นตอน การดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ให้การให้ คำปรึกษารายบุคคล แบบปรับความคิด	โรงพยาบาล ระยะเวลา 1 เรื่อง -เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติด เชื้อเอชไอวี ระยะเวลาไม่ มีอาการ ที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง -เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้ง หญิงและชายที่มารับ บริการแผนกผู้ป่วยนอก ระยะไม่มีอาการ 2 เรื่อง		-ดูแลตนเองดีขึ้น 1 เรื่อง -ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง -ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง

ตาราง 3 องค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

รูปแบบ	ระยะเวลาในการบำบัด และ ติดตามผล	วิธีการบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด
รูปแบบที่ 4 การให้ คำปรึกษารายบุคคลตาม ทฤษฎีโปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัส จำนวน 2 เรื่อง	-บำบัด 2-4 ครั้ง -ครั้งละ 45 - 60 นาที -บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง -ประเมินผล 2 ครั้ง คือ หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 มี 1 เรื่อง -ประเมินผล 2 ครั้ง คือ หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามลำดับ มี 1 เรื่อง	ขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพและ ตกลงบริการ การ ช่วยเหลือ ติดตามและ ยุติบริการ ในขั้นตอน การช่วยเหลือ ผู้วิจัย ได้จัดการให้คำปรึกษา รายบุคคลตามทฤษฎี โปรแกรมภาษา ประสาทสัมผัส โดยใช้ 3 เทคนิค -เทคนิคสร้างทรรศนะ ใหม่ได้จิตสำนึกแบบ องค์รวม -เทคนิคคีร์มี พลังแห่งตน -เทคนิค การวางแผนอนาคต	-เป็นผู้ป่วยเอ็ดส์ ระยะ วิกฤตผู้รับการบำบัด เป็นแบบผู้ป่วยใน 1 เรื่อง -หญิงตั้งครรภ์ที่เชื้อ เอช ไอ วี ระยะไม่มี อาการ ผู้รับการบำบัด เป็นแบบผู้ป่วยนอก 1 เรื่อง	พยาบาลวิชาชีพ	-ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง -ลดภาวะซึมเศร้า 1 เรื่อง

ตาราง 3 องค์ประกอบของการบำบัด (ต่อ)

รูปแบบ	ระยะเวลาในการบำบัด และ ติดตามผล	วิธีการบำบัด	ผู้รับการบำบัด	ผู้บำบัด	ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด
รูปแบบที่ 5 การให้ คำปรึกษารายบุคคลตาม แนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง	-บำบัด 8 ครั้ง -ครั้งละ 60 - 90 นาที -บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง -ประเมินผลหลัง การทดลองทันที	บำบัด 8 ครั้ง 10 ขั้นตอน ตามการให้ คำปรึกษารายบุคคลตาม แนวคิดของ Satir Model	เป็นผู้ดูแลหรือเอชไอวี ระยะ"ไม่มีอาการ และมา รับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอก	พยาบาลวิชาชีพ	-ลดความวิตกกังวล -ลดภาวะซึมเศร้า

บทที่ 5

การอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำการให้คำปรึกษารายบุคคลไปใช้ในการส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งในการอภิปรายผลจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

1. คุณภาพและความพอเพียงของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการศึกษานี้มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์รวมทั้งหมด 17 เรื่อง จะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคล ที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ค่อนข้างน้อย เมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่างานวิจัยที่ศึกษาเป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 16 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้งสิ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่นำมาศึกษามีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นองค์ความรู้ทั้ง 17 เรื่อง ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ถือว่าเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

จะเห็นว่ายังมีการศึกษาถึงผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีต่อการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่มากนัก และอาจเป็นเพราะปฏิกิริยาในทางลบของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในอดีต ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตัว ดังนั้นการที่จะเข้าไปศึกษาวิจัยจึงทำได้ยากและต้องระมัดระวังในเรื่องกฎหมายจริยธรรมมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในการศึกษานี้ ดำเนินการศึกษาโดยพยาบาลวิชาชีพทั้งสิ้น 17 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลหรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และได้มีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งผลการศึกษาล้วนแล้วแต่ให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น ต่อการนำการให้คำปรึกษารายบุคคลไปใช้ทั้งสิ้น จากการสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในครั้งนี้ พบว่าวิธีดำเนินการเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลมีความหลากหลายและแตกต่างกันไป หรือตามปัญหาความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ และก่อให้เกิดผลลัพธ์การปรับภาวะจิตสังคมที่ดีของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพอจะสรุปองค์ความรู้และอภิปรายผลการวิเคราะห์ตามรูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ 5 รูปแบบ ได้ ดังต่อไปนี้

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์

องค์ความรู้ที่ได้มี 5 รูปแบบ ในแต่ละรูปแบบประกอบด้วย ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล วิธีการบำบัด ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด และผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดได้ ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger 8 เรื่อง

งานวิจัยรูปแบบที่ 1 ภายใต้กรอบแนวคิด ตามทฤษฎีโรเจอร์ ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ที่ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ มีระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล ได้ในระยะเวลาสั้น 30 นาที และยาวมากที่สุด 90 นาที แต่มีเพียงงานวิจัย 1 เรื่อง เท่านั้นที่ใช้เวลา 90 นาที (ทัศนยา โพนยงค์, 2546) ในงานวิจัยอีก 7 เรื่อง (สุพรรณิ นาคทอง, 2539 ; อภรณ์ ชัยศิริ, 2540 ; เบ็ญจพร มงคลธง, 2550 ; สิริพร เพชรงาม, 2545 ; บัวตัน เขียวอรมณ, 2540; สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549) จะใช้ระยะเวลา 30-50 นาที แสดงให้เห็นว่าในการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger นั้นส่วนใหญ่มักใช้ระยะเวลาประมาณ 30 - 50 นาทีและจำนวนครั้ง 2 - 12 ครั้ง ประเมินผล 1 ครั้งหลังการทดลองทันที (เบ็ญจพร มงคลธง, 2550; สิริพร เพชรงาม, 2545; อภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอรมณ, 2540; สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549) ประเมินผล 2 ครั้งหลังการทดลองทันที และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 1 (สุพรรณิ นาคทอง, 2539) ประเมินผล 5 ครั้ง คือ ระหว่างการทดลอง ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4, ครั้งที่ 7 และ

ประเมินผลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 4 (ทัศนา โพนยงค์, 2546) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger นั้น มีการติดตามประเมินผลทั้งในระหว่างการบำบัด เสริมเส้นการบำบัดทันที และหลังการบำบัดเป็นระยะ แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger นั้นประเมินผลในทุกช่วงของการบำบัด ทำให้สามารถวัดผลการบำบัด และสามารถปรับการบำบัดตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ภาวะอารมณ์ และความรู้สึก การรับรู้ของผู้ป่วย และมีการติดตามผลหลังการบำบัดเพื่อทราบผลที่ยั่งยืนของการบำบัด และสามารถนำผลจากการการบำบัดไปปรับใช้เพื่อให้เกิดผลดียิ่งขึ้น โดยจะเห็นได้จากผลการวิจัยได้ผลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 8 เรื่อง

ในส่วนของการบำบัดนั้น มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน เหมือนกัน ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล และมีความแตกต่างในแต่ละงานวิจัย ในช่วงขั้นตอนที่ 2 ของการดำเนินการช่วยเหลือเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger ดังนี้ ชักถามปัญหาและระบายความรู้สึก ความคับข้องใจที่มีอยู่อย่างอิสระ ใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษา (สุพรรณิ นาคทอง, 2539) ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับอาการของโรค และเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540) เพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวัง ลดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ลดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ลดการแยกตัวออกจากสังคม ลดความรู้สึกปล่อยชีวิตไปแต่ละวัน ไม่มีจุดหมาย ลดความรู้สึกไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่อยากจะอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม (บัวตัน เขียวอารมณ์, 2540) ส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหาและปฏิบัติการเพื่อบรรลุเป้าหมาย จะต้องส่งเสริมให้ตรงกับรูปแบบของสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541) เพื่อให้เข้าใจความคิดและอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง มีแนวทางชัดเจนในการตัดสินใจ มีความพร้อม มีกำลังใจ และมีทักษะในการเปิดเผยการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง มองเห็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ของตนเองภายหลังการตัดสินใจเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย (บงกช เจตน์สว่าง, 2549) เพื่อลดความเครียด เกี่ยวกับสภาพร่างกาย เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เกี่ยวกับการรักษาอาการของโรคเอดส์ เกี่ยวกับงานและฐานะทางเศรษฐกิจ (เบญจพร มงคลธง, 2550) เพื่อให้ตระหนักถึงความ ไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังหรือการรับรู้ของตนกับประสบการณ์ ให้กระจ่างชัด ในเรื่องที่เป็นปัญหาที่แท้จริง ชัดเจนกับความไม่สอดคล้อง ระหว่างโครงสร้างตนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ยอมรับความรู้สึกและประสบการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น มองโลกในแง่ดีขึ้น พบทางเลือกในการแก้ปัญหา เปิดตนเองสามารถรับรู้ข้อมูลใหม่ได้มากขึ้น เกิดความรับผิดชอบตนเองอย่างแท้จริง (ทัศนา โพนยงค์, 2546) การยอมรับซึ่งกันและกัน การกล้าเปิดเผยตนเอง และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเครียด (สิริพร เพชรงาม, 2545) จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายของการให้การ

ปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่ได้อยู่ที่การแก้ปัญหาให้ผู้รับคำปรึกษา แต่เป็นการช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ค้นพบรู้จักและยอมรับตนเองตามความเป็นจริง เข้าใจตนเอง สามารถตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ เลือกเป้าหมายและแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ในส่วนของผู้รับการบำบัด ทั้ง 8 เรื่อง 4 เรื่อง เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ทั้งนี้วิเคราะห์ได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีภาวะเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด อาจมีภาวะซึมเศร้าตามมา เนื่องจากตนเอง และยังมีบุตรที่เมื่อเกิดมาอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเอดส์ ประกอบกับภาวะทางโฮโมนในร่างกายที่ผิดปกติ เพราะฉะนั้น หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มักประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจมากกว่า ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ไม่ตั้งครรภ์ ดังนั้น การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลางของ Roger ส่วนใหญ่ จึงศึกษาในกลุ่มทดลองที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี และ อีก 4 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ และเริ่มมีอาการ แต่สามารถเข้าร่วมในการทดลองได้ และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้ง 4 เรื่อง วิเคราะห์ได้ว่า ผู้รับการบำบัด ที่เลือกเข้าร่วมการทดลอง นั้น เป็น ผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ยังมีอาการทั่วไปปกติ หรือเริ่มมีอาการ แต่ไม่วิกฤต และรับรู้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger ได้ดี โดยเน้นให้มีเหตุผล มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา และสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้

ในส่วนของผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้งสิ้น และให้การบำบัดในโรงพยาบาล ณ แผนกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ได้ว่า ผู้บำบัดการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger นั้น ควรมีคุณลักษณะเป็นผู้มีความพร้อมอยู่ในตัวเอง มีความสมบูรณ์แบบทั้งด้านความรู้สึกความคิดและการแสดงออก เป็นผู้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มีการยอมรับและเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนเป็นผู้ที่มีจิตใจเบิกบานมองโลกในแง่ดี สามารถมีสัมพันธภาพได้กับทุกคนโดยไม่มีเงื่อนไข (มณี ณ บางช้าง, 2545) ตามคุณลักษณะของพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ลดความวิตกกังวล (สุพรรณิ นาททอง, 2539) ลดความเครียด (อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; เบ็ญจพร มงคลธง, 2550; สิริพร เพชรงาม, 2545) ลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิต (บัวตัน เขียวอรมน, 2540) ลดอารมณ์ซึมเศร้า (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541) เพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง (สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; ทศนา โพนยงค์, 2546) เพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ (บงกช เจตน์สว่าง, 2549) และเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 8 เรื่อง

จะเห็นได้ว่าการบำบัดนี้ควรนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการปรับภาวะจิตสังคมในเรื่อง ลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิต ลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง เพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ และ

สามารถใช้ได้ง่ายในแผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล และมีการประเมินผลในทุกช่วงการบำบัดเพื่อทราบผลจากการบำบัดในแต่ละช่วง สามารถปรับการบำบัดได้ตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงเพื่อผลดีที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย และสามารถติดตามผลการบำบัดได้ทันทีที่สิ้นสุดการบำบัด และติดตามความยั่งยืนของการบำบัดเพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในการบำบัดครั้งต่อไป

รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser จำนวน 2 เรื่อง

งานวิจัยรูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ในงานวิจัยทั้ง 2 งานวิจัย มีจำนวนครั้งในการบำบัด 6 - 7 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที ประเมินผล 1 ครั้งหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยทันที ทั้งจำนวนครั้ง และระยะเวลา ใกล้เคียงกัน ประเมินผลเช่นเดียวกัน วิเคราะห์ได้ว่า เมื่อให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ควรใช้ระยะเวลา 6 - 7 ครั้ง ครั้งละ 45 - 90 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยทันที

ในส่วนวิธีการบำบัด มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน เหมือนกัน ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล มีความแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย คือ ในส่วนขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือ ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ดังนี้ ทบทวนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการปฏิบัติตัว ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านความต้องการของร่างกาย การปรับตัวด้านจิตใจและสังคม สำรวจพฤติกรรมการปรับตัว และการประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม การวางแผนและสร้างสัญญาปฏิบัติ (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540) การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ที่ไม่เหมาะสม ติดตามสัญญาแก้ไขพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน (การุณย์ หงส์กา, 2545) แนวทางในการให้คำปรึกษาเป็นไปตาม จุดมุ่งหมายของทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ซึ่งวิธีการบำบัดแบบเผชิญความจริง เป็นการฝึกให้กล้าเผชิญความจริง และรับผิดชอบการกระทำของตน โดยยึดหลักการที่สำคัญ 3 ประการคือ หลักความเป็นจริง (Reality) หมายถึง การรับรู้โลกตามความเป็นจริง บุคคลจะต้องเผชิญความจริง คือพฤติกรรมในปัจจุบัน หลักความรับผิดชอบ (Responsibility) หมายถึงความสามารถในการสนองความต้องการของตนเอง และไม่ทำให้คนอื่นขาดความสามารถในการสนองความต้องการ (สมพร สุทัศนีย์, 2539)

ผู้รับการบำบัด เป็นมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ (วิไลวรรณ พันไชย, 2540) และ เป็นผู้ป่วยเอดส์ ที่เริ่มมีอาการ แต่ไม่วิกฤต (การุณย์ หงส์กา, 2545) จะเห็นได้ว่าผู้รับการบำบัด ทั้ง 2 เรื่อง ต้องเป็นผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ควรมีความพร้อมทางด้านร่างกายคืออยู่ใน ระยะไม่มีอาการหรือมีอาการแต่ต้องไม่อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถรับรู้การให้คำปรึกษารายบุคคล แบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser วิเคราะห์ได้ว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser ควรใช้ใน มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่เริ่มมีอาการ แต่ไม่วิกฤต

ในส่วนของผู้ให้การบำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ได้ว่า ผู้ให้การบำบัดที่เป็นพยาบาล สามารถปฏิบัติตามกระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser โดยเน้นคุณค่าของคน มีสัมพันธภาพระหว่าง พยาบาลกับผู้รับการบำบัด และในการปฏิบัติของพยาบาล มีภาพลักษณ์ของพยาบาลให้การพยาบาล ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เน้นคุณลักษณะของพยาบาล คือ อ่อนโยน เห็นใจ และรับฟังสัมผัสเอาใจ ใส (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทำหน้าที่เป็นแบบแผน โดยพยายามหาทางช่วยให้ผู้รับคำปรึกษากล้า เผชิญกับความจริงที่เกิดขึ้นในชีวิต และหาวิธีการเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ประสบกับความ ต้องการขั้นพื้นฐานในชีวิต โดยไม่ใช้วิธีการก้าวร้าวต่อตนเองและไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ซึ่งเป็นหัวใจ สำคัญของ Reality Counseling

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม มีการปรับตัว 3 ด้านดีขึ้น คือ ด้าน ร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกัน (การุณย์ หงส์กา, 2545) และมีการปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่ดีขึ้น (วิไลวรรณ พันไชย, 2540) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ ปรับตัว 3 ด้าน ได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (การุณย์ หงส์กา, 2545) ส่วนมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ ปรับตัว 3 ด้าน ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (วิไลวรรณ พันไชย, 2540) เนื่องจาก มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี อาจมีความกังวลเกี่ยวกับบุตร เพราะฉะนั้นในการปรับตัวทั้ง 3 ด้าน ยังทำได้ไม่ดี แต่ ด้านบทบาทหน้าที่ มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี สามารถปรับตัวดีขึ้น อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (วิไลวรรณ พันไชย, 2540) แสดงให้เห็นว่า ด้านบทบาทหน้าที่ ที่ต้องดูแลบุตรที่ ยังเล็กอยู่ ทำให้สามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า การบำบัดนี้ควรนำไปใช้กับผู้ติดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการปรับภาวะ จิตสังคมในเรื่อง การปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกัน ด้านบทบาท หน้าที่ โดยในผู้ป่วยเอดส์ ที่เริ่มมีอาการ แต่ไม่วิกฤต สามารถปรับตัวได้ดีด้านร่างกาย ด้านอัตมโน ทรรศน์ ด้านการพึ่งพาพึ่งพาระหว่างกัน ด้านบทบาทหน้าที่ แต่ในด้านบทบาทหน้าที่ที่ยังทำได้ไม่ดี แต่ใน มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี แต่ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์

ด้านการพึ่งพาระหว่างกันกลับทำได้ไม่ดี เมื่อจะเลือกใช้การบำบัดนี้ควรเลือกใช้ให้ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยต่อไป

รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck จำนวน 4 เรื่อง

งานวิจัยรูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ให้การบำบัด 2 - 8 ครั้ง ครั้งละ 20 - 60 นาที มี 1 เรื่อง ให้การบำบัด 3 ครั้ง บำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที และใช้การบำบัดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (Cote & Pepler, 2005) อีก 3 เรื่อง ให้การบำบัด 2 - 8 ครั้ง บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ใช้การบำบัดตามทฤษฎีการปรับตัวของ Ellis / Beck (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544 ; ญัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; ศิริวลี คำวะลี, 2545) ประเมินผล 1 ครั้งหลังการทดลองทันที (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544 ; ญัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; Cote & Pepler, 2005) และประเมินผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (ศิริวลี คำวะลี, 2545) วิเคราะห์ได้ว่า เมื่อมีการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (Cote & Pepler, 2005) ควรให้การบำบัด 3 ครั้ง บำบัดวันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที และ เมื่อมีการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีการปรับตัวของ Ellis / Beck (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544 ; ญัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; ศิริวลี คำวะลี, 2545) วิเคราะห์ได้ว่า จำนวนครั้งในการบำบัดควรให้การบำบัดได้โดยเริ่มตั้งแต่ 2 ครั้ง และให้การบำบัดได้ถึง 8 ครั้ง และในแต่ละครั้งควรห่างกัน 1 สัปดาห์ และเวลาที่ใช้ ควรใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที การประเมินผลส่วนใหญ่มักประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที

ในส่วนของวิธีการบำบัด มีขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน เหมือนกัน ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล มีความแตกต่างในแต่ละงานวิจัย คือ ในส่วนขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck ดังนี้ ทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman นั้นกระตุ้นให้พูดเกี่ยวกับความรู้สึก ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยให้ระงับวิธีคิด ช่วยให้ไกล่เกลี่ยเหตุการณ์ต่างๆ ช่วยพัฒนาความสามารถ และคอยสังเกตโดยไม่ช่วยคิดนำทางในการแก้ไขความคิด โดยการคุยแบบเป็นกันเองและสร้างสรรค์ ช่วยให้สร้างความคิดได้เอง สนับสนุนและให้เสริมแรงการปรับความคิดเพื่อการปรับตัว (Cote & Pepler, 2005) ส่วนทฤษฎีการปรับตัวของ Ellis นั้นให้วิเคราะห์พฤติกรรมในรูปแบบ ABCDE ของเอลลิส A คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น B คือ ความเชื่อ C คือ การวิจารณ์

ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล D คือ การคิดวิจารณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล E คือ ผลที่ตามมาจากการวิจารณ์ ความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง ฝึกการวิเคราะห์ทฤษฎี ABCDE นำเข้าสู่ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล 11 ข้อ ของเอลลิส นำทฤษฎี ABCDE มาใช้ในชีวิตประจำวัน (นันทิพย์ เพ็ชรดี, 2544) และทฤษฎีการปรับตัวของ Beck เน้นให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีเจตคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และป้องกันการติดเชื้อสู่บุคคลอื่น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม เฝียญปัญหาได้อย่างมั่นคง และสามารถตัดสินใจวางแผนชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและเหมาะสม (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540) ช่วยให้ผู้ตระหนักถึงความคิดของตนเอง และพิจารณาถึงความเป็นเหตุเป็นผล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิด และมองเห็นถึงความคิด โดยการพิจารณาด้วยตนเอง (ศิริลลิต คำวะลี, 2545) วิธีการบำบัด สามารถอธิบายได้ว่า มีความแตกต่างกัน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ในขั้นตอนให้การช่วยเหลือ แต่ทุกขั้นตอนเป็นไปตาม กระบวนการให้คำปรึกษา และแนวทางในการให้คำปรึกษาเป็นไปตาม จุดมุ่งหมายของทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck เพราะเมื่อผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประสบกับปัญหาความเครียดมาก บางครั้งถึงระดับที่รุนแรง จนไม่สามารถปรับตัวได้ การเผชิญความเครียด จึงเป็นความพยายามทางปัญญา และความพยายามทางพฤติกรรม เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้อง ทั้งที่เกิดจากภายนอกและจากภายใน รวมถึงการจัดการต่อความขัดแย้งระหว่างปัญหาหรือข้อเรียกร้องเหล่านั้น (Lazarus & Folkman, 1984) Ellis และ Beck มีแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม โดยที่ Ellis เชื่อว่าพฤติกรรมที่ปรับตัวไม่ได้ นั้น เป็นเพราะคนเราคิดอย่างไม่มีเหตุผล วิธีบำบัดคือการเปลี่ยนแปลงความคิดจากไม่มีเหตุผลให้มีเหตุผล ส่วน Beck เชื่อว่าปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น เพราะว่าคุณคนมีความคิดในลักษณะปรับตัวไม่ได้ เช่น ความคิดทางลบ ไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นความเชื่อของเขาที่มีต่อตนเอง และต่อโลกที่เขาอยู่ วิธีการบำบัดก็คือ ควรมุ่งเน้นที่ความเชื่อพื้นฐานมากกว่าที่จะมุ่งที่การกล่าวโทษตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) Ellis มองว่า การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมเป็นหนทางนำไปสู่การสุขภาพจิตดี (Ellis, 1950)

ในส่วนผู้รับการบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck สามารถให้การบำบัดกับกลุ่มทดลองได้ทั้ง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (นันทิพย์ เพ็ชรดี, 2544) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540; ศิริลลิต คำวะลี, 2545) และ ผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต (Cote & Pepler, 2005) สถานที่ในการให้การบำบัดแตกต่างกัน สามารถให้การบำบัดได้ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน

ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 4 เรื่อง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถให้การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เน้นที่การปรับทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ซึ่งเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพแก่การบำบัดรักษา

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม มีการปรับตัวดีขึ้น เพิ่มความหวัง มีการดูแลตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า และเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการบำบัดนี้ควรนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการปรับภาวะจิตสังคมในเรื่อง การปรับตัว เพิ่มความหวัง การดูแลตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า และสามารถใช้ได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ในการประเมินผลก็มีการประเมินทันทีหลังเสร็จสิ้นการบำบัดและมีการติดตามประเมินผลหลังการบำบัด 1 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อความยั่งยืน และเพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้ในการบำบัดครั้งต่อไป

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จำนวน 2 เรื่อง

งานวิจัยรูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ที่ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้ง 2 งานวิจัย (วิชุดา บำรุงยศ, 2544 ; เบญจวรรณทรัพย์คง, 2547) ให้การบำบัด 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 (วิชุดา บำรุงยศ, 2544) และ หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามลำดับ (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) วิเคราะห์ได้ว่า เมื่อให้การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ควรใช้เวลา 45 - 60 นาที ให้การบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง และบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการประเมินผล 2 ครั้งเหมือนกัน แต่แตกต่างกันที่ระยะเวลาการประเมิน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส นั้น มีการติดตามประเมินผลทั้งทันทีที่สิ้นสุดการบำบัด ติดตามผลหลังการบำบัด 2 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อต้องการทราบผลการบำบัดในทันที และมีการติดตามผลเพื่อดูความคงอยู่ของผลจากการบำบัด (วิชุดา บำรุงยศ, 2544) และประเมินผลหลังการบำบัดสัปดาห์ที่ 1 และ 4 (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) นั้นเพื่อต้องการรอเวลาให้เกิดผลลัพธ์จากการบำบัดโดยทิ้งระยะเวลา 1 สัปดาห์ แล้วจึงประเมินผล และมีการประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อดูความคงอยู่

ของผลจากการบำบัด และผลลัพธ์ที่ได้ มีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เรื่อง แสดงว่าในการบำบัดนี้สามารถประเมินผลทันทีที่สิ้นสุดการบำบัด ควรติดตามความยั่งยืนของผลการบำบัด และควรรอช่วงเวลาระยะหนึ่งเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย

ในส่วนของวิธีการบำบัด การให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน เหมือนกัน ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษารายบุคคล มีความแตกต่างในแต่ละงานวิจัย คือ ในส่วนขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือให้การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ดังนี้ ฝึกการผ่อนคลาย ผู้วิจัยสังเกตและจดจำลักษณะท่าทางของผู้ป่วย และบันทึกไว้เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมขณะผ่อนคลาย ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ สังเกตสีหน้า เปลือกตา ความตึงของกล้ามเนื้อ จังหวะการหายใจ แสดงพฤติกรรมตอบสนอง เช่น การพยักหน้า (วิชดา บำรุงยศ, 2544) ให้คำปรึกษาโดยใช้ เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทัศนะใหม่ภายใต้จิตสำนึกแบบองค์รวม และเทคนิคการวางแผนอนาคต (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) ซึ่งเป็นไปตาม ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส (NLP) ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ โดยผ่านกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่าง ความคิด จิตใจ และภาษาพูด ภาษากายที่จะกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกและอารมณ์บางอย่าง เพื่อดึงไปสู่ พฤติกรรมที่เราต้องการปรับเปลี่ยน แนวคิดที่อาศัยการรับรู้ของบุคคลผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การได้กลิ่นและการสัมผัส โดยใช้ภาษาแปลความหมายและจัดระบบการเรียนรู้เพื่อให้ได้ผลในการปรับพฤติกรรมให้เป็นไปตามต้องการ (O' Connor และ Seymour, 1993)

ในส่วนของผู้รับการบำบัด เป็นหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ ให้การบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอก (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) และผู้ป่วยเอดส์ระยะวิกฤต ให้การบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยใน (วิชดา บำรุงยศ, 2544) จะเห็นได้ในการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสนั้น สามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่เชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ระยะวิกฤต บำบัดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน

ในส่วนของผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 เรื่อง ซึ่งพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้ NLP ในการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสได้ โดยต้องผ่านการฝึกการเชื่อมโยงภาษาเข้ากับกระบวนการแปลความหมายในจิตใจของมนุษย์ ซึ่งมีทั้งภาษาทางกายและทางคำพูดอันส่งผลไปถึงพฤติกรรมของคนแต่ละคน (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส พบว่า ลดความวิตกกังวลและลดอารมณ์ซึมเศร้า เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม และเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการบำบัดนี้ควรนำไปใช้กับผู้ติดเชื่อเฮงไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการปรับภาวะจิตสังคมเพื่อลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า และบำบัดทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน และในการประเมินผลผลลัพธ์เรื่องความวิตกกังวล สามารถประเมินผลทันทีที่สิ้นสุดการบำบัดและ ติดตามผลอีกครั้งหลังการบำบัด เพื่อดูความคงอยู่ของผลจากการบำบัด ส่วนผลลัพธ์เรื่องอารมณ์ซึมเศร้า ควรประเมินผลหลังการบำบัด 1 สัปดาห์ เพื่อบริการให้เกิดผลจากการบำบัด

รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

งานวิจัยรูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื่อเฮงไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากการวิเคราะห์งานวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ควรให้การบำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที (สุนันทาปราโมกษ์ชน, 2550)

ในส่วนของวิธีการบำบัด บำบัด 8 ครั้ง 10 ขั้นตอน ตามการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model โดยจุดมุ่งหมายการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model ดังนี้ 1) มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง (self esteem) 2) สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตตามที่ต้องการ (choice making) 3) รับผิดชอบต่อการตัดสินใจและชีวิตของตนเอง (self responsibility) 4) มีความสอดคล้องภายใน (congruent) ระหว่างพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ความต้องการที่แท้จริง สามารถช่วยแก้ไขปัญหามาเพื่อปรับภาวะจิตสังคมแก่ผู้ติดเชื่อเฮงไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยช่วยเหลือให้ผู้อื่นเกิดการพัฒนากายใจโดยเริ่มต้นจากความเข้าใจที่ลึกซึ้ง (empathy) และทัศนคติในเชิงบวก (positive thinking)

ผู้รับการบำบัด เป็นผู้ติดเชื่อเฮงไอวีระยะไม่มีอาการ ให้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (สุนันทาปราโมกษ์ชน, 2550)

ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมแสดงออกของมนุษย์ที่สามารถมองเห็นได้เป็นเหมือนกับภูเขาน้ำแข็ง ที่โผล่ยอดออกมาให้เห็นเพียงส่วนน้อย ยังมีอีกมากที่ยังจมอยู่ใต้ท้องทะเล ตามแนวคิดของ Satir Model ซึ่งต้องผ่านการฝึกฝนในการให้คำปรึกษา Satir Model จึงจะสามารถให้คำปรึกษาได้

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model สามารถลดความวิตกกังวล และลดอารมณ์ซึมเศร้า เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม และเป็นผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการบำบัดนี้ควรนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในการปรับภาวะจิตสังคมในเรื่อง ลดความวิตกกังวล และลดอารมณ์ซึมเศร้า และสามารถใช้ได้ง่ายในแผนกผู้ป่วยนอก โดยไม่จำเป็นต้องนอนในโรงพยาบาล และมีการประเมินผลทันทีหลังการบำบัด

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลทั้ง 5 รูปแบบ ช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิต ลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง เพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ด้านบทบาทหน้าที่ เพิ่มความหวัง การดูแลตนเองดีขึ้น เหมาะกับการใช้ปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จึงควรมีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อพัฒนางานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) รูปแบบและองค์ประกอบของการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2) ผลลัพธ์ของการบำบัด และนำองค์ความรู้ที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้งานวิจัยมาศึกษาทั้งหมด 17 เรื่อง เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ และ เป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 16 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยทั้ง 16 เรื่อง ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลที่ช่วยส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ 5 รูปแบบ องค์ประกอบในแต่ละรูปแบบประกอบด้วย ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล วิธีการบำบัด ผู้รับการบำบัด ผู้บำบัด และผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด โดยสรุปได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger จำนวน 8 เรื่อง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล บำบัด 2 - 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง ประเมินผล 1 ครั้งหลังการทดลองทันที (เบญจพร มงคลธง, 2550; สิริพร เพชรงาม, 2545; อาภรณ์ ชัยศิริ, 2540; บัวตัน เขียวอรรมณ์ , 2540; สุพาณี เสมสุขกรี, 2541; บงกช เจตน์สว่าง, 2549) ประเมินผล 2 ครั้งหลังการทดลองทันที และ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 1 (สุพรรณิ นาคทอง, 2539) ประเมินผล 5 ครั้ง คือ ระหว่างการทดลอง ครั้งที่ 1, ครั้งที่ 4, ครั้งที่ 7 และ ประเมินผลหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 2 และ 4 (ทัศนยา โพนยงค์, 2546)

วิธีการบำบัด ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึด

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger จุดมุ่งหมายของการให้การปรึกษาแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ผู้รับการบำบัด เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 4 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ 4 เรื่อง มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง ลดความเครียด 3 เรื่อง ลดความท้อแท้ 1 เรื่อง ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง 2 เรื่อง และเพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser จำนวน 2 เรื่อง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล บำบัด 6 - 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินผล 1 ครั้งหลังเสร็จสิ้นงานวิจัยทันที

วิธีการบำบัด ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยึดทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง

ผู้รับการบำบัด เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และ เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ปรับตัว 3 ด้านดีขึ้น คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์โน้ตสน ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (การุณย์ หงส์กา, 2545) และปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ดีขึ้น (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540)

รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck จำนวน 4 เรื่อง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล บำบัด 2 - 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 60 นาที บำบัดวันละ 1 ครั้ง (Cote & Pepler, 2005) และ บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (นันทิพย์ เพ็ชรดี, 2544; ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; ศิริวดี คำวะลี, 2545) ประเมินผล 1 ครั้งหลังการทดลองทันที (นันทิพย์ เพ็ชรดี, 2544 ; ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540 ; Cote & Pepler, 2005) และประเมินผลหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (ศิริวดี คำวะลี, 2545)

วิธีการบำบัด ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ให้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด

ผู้รับการบำบัด หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (น้ำทิพย์ เพ็ชรดี, 2544) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ (ณัฐนันท์ ใจตรง, 2540; ศิริวิลี คำวะลี, 2545) และ ผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต (Cote & Pepler, 2005) บำบัดแบบผู้ป่วยนอก และ บำบัดแบบผู้ป่วยใน

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ปรับตัวดีขึ้น เพิ่มความหวัง มีการดูแลตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จำนวน 2 เรื่อง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล บำบัด 2-4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินผล 2 ครั้ง คือ เสร็จสิ้นการทดลองทันที และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 (วิชุดา บำรุงยศ, 2544) และหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 และ 4 ตามลำดับ (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547)

วิธีการบำบัด ตามขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การติดตามผลและการยุติการให้บริการให้คำปรึกษา ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ยืมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส

ผู้รับการบำบัด หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ บำบัดแบบผู้ป่วยนอก (เบญจวรรณ ทรัพย์คง, 2547) และผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต บำบัดแบบผู้ป่วยใน (วิชุดา บำรุงยศ, 2544)

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ลดความวิตกกังวล และ ลดภาวะซึมเศร้า

รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

ระยะเวลาในการบำบัดและติดตามผล บำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550)

วิธีการบำบัด การบำบัด 8 ครั้ง 10 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Satir Model

ผู้รับการบำบัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (สุนันทา ปราโมกษ์ชน, 2550)

ผู้บำบัด เป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด ลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้าสรุปจากการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 งานวิจัย มีแนวทางการบำบัด 5 รูปแบบ และมีประโยชน์ต่อการปรับภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยผลลัพธ์พบว่า สามารถลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดความท้อแท้ ลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ การปรับตัว 4 ด้านดีขึ้นคือด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาตัวเอง และด้านบทบาทหน้าที่ ที่เพิ่มความหวัง มีการดูแลตนเองดีขึ้น สำหรับผู้บำบัดนั้นเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา

2. ข้อจำกัดในการศึกษา

จากการสืบค้นข้อมูล จากฐานข้อมูลต่างๆ พบว่าการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีงานวิจัยในต่างประเทศน้อย พบงานวิจัยของต่างประเทศเพียง 1 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ในต่างประเทศมักทำการวิจัยในรูปแบบการให้การบำบัดแบบกลุ่ม และ ที่นำมาศึกษา เป็นเพียงงานที่ตีพิมพ์ในวารสารซึ่งเนื้อหาไม่ลงรายละเอียดการบำบัดที่ชัดเจน ส่วนในประเทศไทยพบพอสมควร สามารถค้นคว้างานวิจัยในเมืองไทยได้จำนวน 16 เรื่อง

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 การนำผลการศึกษาไปใช้ในการบริการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษากการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเป็นการบำบัด ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ และการบำบัดมีหลายรูปแบบดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำมาปฏิบัติจึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องมีการศึกษาเทคนิคและขั้นตอนในการบำบัดให้เข้าใจก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าการบำบัดทั้ง 5 รูปแบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งในการนำรูปแบบแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึง ข้อดี ข้อจำกัด และผลลัพธ์ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรูปแบบดังนี้

1. รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger บำบัด 2 - 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษา และการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สามารถลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดความท้อแท้ ลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อได้

2. รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser บำบัด 6 - 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะ ไม่มีอาการ และ เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ จะสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี และในเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ สามารถปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ทัศนคติ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ได้ดี

3. รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck บำบัด 2 - 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 60 นาที บำบัดวันละ 1 ครั้ง หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่มีอาการ และ ผู้ป่วยเอดส์ระยะวิกฤต รูปแบบนี้เหมาะ

สำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทำให้ปรับตัวดีขึ้น เพิ่มความหวัง มีการดูแลตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า ได้

4. รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส บำบัด 2-4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์คิดเชื่อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สามารถลดความวิตกกังวล และ ลดภาวะซึมเศร้า ได้

5. รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model บำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับการบำบัด 10 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Satir Model เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับผู้คิดเชื่อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สามารถลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า ได้

3.2 ในการทำวิจัยทางการพยาบาลต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีความสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย และควรมีการศึกษาผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดา เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมร่วมกับปัจจัยบำบัดของการให้คำปรึกษารายบุคคล ควรมีการศึกษาวิจัยในด้านการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความเข้มแข็งทางด้านจิตใจของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะสภาวะทางด้านร่างกายของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงทำให้สภาวะทางด้านจิตใจต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน และควรมีการทดลองในกลุ่มทดลองที่ใหญ่ขึ้น มีปริมาณที่มากขึ้น เพื่อผลที่แน่นอนในการวิจัย และเพื่อช่วยเหลือผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างกว้างขวางขึ้น

การให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
A SYNTHESIS OF RESEARCH ON INDIVIDUAL COUNSELING AND PSYCHOSOCIAL
ADJUSTMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

เอี่ยมเดือน นามวิเศษ 4737440 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), ดร.ณิ ชุณหะวัณ, ก.ม.
(จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 โดยในระยะแรกเริ่มแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ต่อมาได้มีการแพร่ระบาด ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แล้วแพร่กระจายไปสู่กลุ่ม หญิงผู้ขายบริการทางเพศ และผู้ใช้บริการทางเพศ จนในที่สุดเข้าถึงครอบครัวซึ่งไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยง คือ กลุ่มแม่บ้าน หญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป และทารก The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection (2007) รายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด ปี 2550 มีจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ทั่วโลกประมาณ 33.2 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่มากประมาณ 30.8 ล้านคน และเป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.5 ล้านคน ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 2.5 ล้านคนทั่วโลก ส่วนใหญ่ ประเทศที่มีการติดเชื้อสูง ร้อยละ 95 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ หรือฐานะยากจน และอยู่ในกลุ่ม ประเทศที่มีรายได้ปานกลาง พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.1 ล้านคน

สำหรับในประเทศไทย สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2552) รายงานว่าอัตราผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อในช่วง ปี พ.ศ.2527-2551 มีแนวโน้มลดลง และรายงานในปี 2552 พบมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 345,196 ราย ส่วนใหญ่พบอยู่ในพื้นที่ภาคกลางและ ภาคเหนือมากกว่าภาคอื่น ๆ รองลงคือภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเป็นผู้ที่เสียชีวิตแล้ว จำนวน 93,034 ราย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง และคุณภาพชีวิต เกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีผลทำให้คุณค่าแห่งชีวิตเปลี่ยนแปลงไป (สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล และคณะ, 2544) โดยด้านร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากตัวโรค จากอาการเจ็บป่วยของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย อุจจาระร่วง น้ำหนักลด มีฝ้าขาวขึ้นในปาก เป็นมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น (จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และคณะ, 2543)

ด้านจิตใจผลกระทบเมื่อทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับได้ และกลัวการไม่ยอมรับของสังคม กลัวการสูญเสีย เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องปรับตัวอย่างมาก หากไม่สามารถปรับตัวได้ หรือปรับตัวไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชได้ เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า จนมีความคิดฆ่าตัวตาย (Williams & Wilkins, 2006)

ด้านเศรษฐกิจและสังคม จากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรงจึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บางคนถูกรีดรอนสิทธิต่าง ๆ บางหน่วยงานต้องตรวจเลือดก่อนรับเข้าทำงาน หรือไล่ออกจากงานเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นเอดส์ ทำให้ไม่มีงานทำและไม่มีรายได้ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2541) ส่งผลกระทบต่อภาระหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ดังนั้นจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว ทั้งปัญหาที่เกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือขาดความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การดูแลตนเอง และการรักษา ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางด้านร่างกายเพื่อให้เกิดภาวะความสมดุลของร่างกาย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546 ; วิไล ไครตฐิติธรรม, 2546) นอกจากนี้จำเป็นต้องปรับทางด้านจิตสังคมที่เหมาะสม เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ให้สามารถต่อสู้กับผลกระทบทางจิตใจและสังคม เพื่อไม่นำไปสู่ปัญหาทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าจนเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องมีเจตคติที่ดี ไม่มีความกลัวหรือวิตกกังวล มีสุขภาพจิตดี ยอมรับพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วย มีทักษะในการสังเกตที่ดี สิ่งสำคัญในการพยาบาลด้านจิตใจคือ พยาบาลต้องใช้เวลา กับผู้ป่วยมากพอ ต้องสร้างความไว้วางใจ ความเชื่อถือ (วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวัลย์ เสนารัตน์

วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และคณะ, 2537) ในด้านบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น ผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาจิตสังคม ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อปรับภาวะจิตสังคมของผู้คิดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ตามแนวทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบำบัดทางจิต ครอบคลุมผู้ใช้บริการรายบุคคล รายกลุ่มและครอบครัว เน้นการสร้างสัมพันธภาพในรูปการรักษา การสื่อสารเพื่อการบำบัดทางจิต การฟื้นฟูสภาพจิต การส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การพยาบาลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีแนวทางในการช่วยเหลือดังนี้ 1) การบำบัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Interaction group therapy) 2) การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล (Individual psychotherapy) 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) 4) การบำบัดทางชีวภาพ (Somatic therapy) (เอกอุมา วิเชียรทอง และ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, 2550) 5) การให้คำปรึกษารายบุคคล

การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยเหลือ เพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการตอบสนองต่อความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สถิติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ สภาพร่างกาย อารมณ์และสังคม สามารถให้คำปรึกษาเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยที่ไม่พร้อมในการเปิดเผยตนเอง และมีประสิทธิภาพเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อช่วยลดปัญหาทางจิตใจและมีความหลากหลาย แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจนในการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับจิตสังคมในประเทศไทย และเพื่อสนับสนุนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงทำการศึกษางานวิจัย เพื่อนำงานวิจัยมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้ได้รูปแบบในเชิงประจักษ์และสามารถนำไปใช้ในการปรับภาวะจิตสังคม และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่ซับซ้อนได้ สามารถพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ส่งเสริมแหล่งประโยชน์ของผู้รับบริการ สนับสนุนทางสังคมให้กับผู้อื่นในการปรับตัวต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นเลิศในหน่วยงานและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การปรึกษารายบุคคลทางคลินิก ตลอดจนนิเทศงานที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลให้แก่บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) รูปแบบและองค์ประกอบของการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2) ผลลัพธ์ของการบำบัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลในการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล

นิยามศัพท์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่ร่างกายยังแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมและมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะติดเชื้อชนิดใด และเกิดที่ส่วนใดของร่างกาย (กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การให้คำปรึกษารายบุคคล หมายถึง การให้บริการปรึกษาโดยผู้รับคำปรึกษาได้พบกับผู้ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตนเอง และสิ่งแวดล้อม สามารถที่จะวางแผนโครงการในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการให้คำปรึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพและการตกลงบริการ 2) การสำรวจและทำความเข้าใจปัญหา 3) การวางแผนแก้ปัญหา และ 4) การติดตามผลและการยุติการให้คำปรึกษา (วัชร ทรัพย์มี, 2549)

การปรับภาวะจิตสังคม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใช้ตอบสนองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งแสดงออกทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ 5) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย 6) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และ 7) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Derogatis, 1986 อ้างใน อรทัย พิธพัฒน์ไพสิฐ, 2547)

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการใช้การให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการทบทวน ประกอบด้วย :

- แหล่งข้อมูลงานวิจัย(Data Source)
- คำสำคัญในการสืบค้น(Key Word)
- การคัดเลือกงานวิจัย(Study Selection)

2 แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย:

- การประเมินคุณภาพงานวิจัย(Study Evaluation)
- การดึงข้อมูลจากงานวิจัย(Data Extraction)

1. การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ เพื่อการทบทวน

1.1 แหล่งข้อมูล ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) และจากทางอินเทอร์เน็ต (Internet) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทยจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet), จากกองควบคุมโรคเอดส์ (aidsthai.org), จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (library.cmu.ac.th), จากห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(library.car.chula), จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (library.kku.co.th) ,จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (library.msu.co.th), จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยรามคำแหง (library.ru.co.th), จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (library.bbu.co.th), จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (library.tu.co.th) และ สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (library.swu.ac.th)

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, NLM Catalog และ OVID

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 1.2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลและเอดส์
- 1.2.2 Individual counseling, AIDS / HIV
- 1.2.3 AIDS / HIV, Psychosocial Care

1.2.4 AIDS / HIV, Psychosocial adjustment

1.2.5 Individual counseling, AIDS / HIV, Psychosocial adjustment

1.3 การคัดเลือกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้คือ

1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกเพศและวัย

3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกรงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวกับการปรับตัวด้านจิตสังคม เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด อาการรบกวนทางจิตใจ คุณภาพชีวิต และการนับถือตนเอง เป็นต้น

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ สำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษารงานวิจัยที่สืบค้นได้ ดังจะแสดงในตารางที่ 1

2. แนวทางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย

การประเมินคุณภาพระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัย ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น meta-analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากฉันทามติ (Consensus) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

จากการศึกษา เมื่อคัดเลือกเรื่องที่ไม่ซ้ำกัน จากฐานข้อมูลอันใดอันหนึ่งแล้ว รวบรวมงานวิจัยที่ค้นได้ Full Text จำนวนทั้งสิ้น 17 เรื่อง ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ได้ สำคัญในการสืบค้นจำนวนการศึกษารงานวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่เลือกใช้ ดังแสดงในตาราง

2.2 การดึงข้อมูลจากงานวิจัย

ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 17 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- 2) แบบการวิจัย (research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- 5) เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- 6) การจัดกระทำ (intervention)
- 7) ผลการวิจัย (finding/result)
- 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (implication/implementation)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวกับการใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในผลการศึกษา

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่องที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แสดงไว้ใน ตารางที่ 2 ในภาคผนวก
2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

2.2 รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ และองค์ประกอบของการบำบัดแต่ละรูปแบบ ซึ่งมี 5 รูปแบบได้แก่

2.2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger จำนวน 8 เรื่อง

2.2.2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของกลาสเซอร์ จำนวน 2 เรื่อง

2.2.3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / เอลลิส / Beck / จำนวน 4 เรื่อง

2.2.4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส
จำนวน 2 เรื่อง

2.2.5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัย

สำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 17 เรื่องได้แสดงไว้ใน ตารางที่ 2 ในภาคผนวก ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิต
สังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

2.1 คุณภาพงานวิจัย จากการวิเคราะห์พบงานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง เมื่อนำมาประเมิน
คุณภาพงานวิจัยพบว่าเป็นการศึกษาที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 1 เรื่อง
และเป็น Quasiexperimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 16 เรื่อง

2.2 รูปแบบการบำบัด และองค์ประกอบของการบำบัดในแต่ละรูปแบบ จากการวิเคราะห์
งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง สามารถสรุปการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอช
ไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ 5 รูปแบบได้แก่

รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger
จำนวน 8 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 8 เรื่องที่ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ
ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีของ Roger ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้ ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ตามทฤษฎี Roger จากทั้ง 8 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี 4
เรื่อง และ อีก 4 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ และเริ่มมีอาการแต่
สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลาง ตามทฤษฎี Roger ลดความเครียด 3 เรื่อง ลดความท้อแท้ 1 เรื่อง ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง
เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง 2 เรื่อง และเพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling)

William Glasser จำนวน 2 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 2 เรื่องที่ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้ ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ William Glasser มี 1 เรื่อง เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาไม่มีอาการ และ อีก 1 เรื่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคมผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ William Glasser ทั้ง 2 เรื่อง มีการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน และด้านบทบาทหน้าที่ มี 1 เรื่อง มีการปรับตัว 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ปรับตัวดีขึ้น (การุณย์ หงส์กา, 2545) และด้านบทบาทหน้าที่ มี 1 เรื่อง ปรับตัวดีขึ้น (วิไลวรรณ พันธไชย, 2540)

รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ

Lazarus and Folkman/Ellice/ Beck จำนวน 4 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 4 เรื่องที่ใช้การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellice / Beck ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่องสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้ ผู้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman/เอลลิซ/ Beck จากทั้ง 4 เรื่อง เป็นผู้รับการบำบัดที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาไม่มีอาการ 1 เรื่อง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เป็นหญิงตั้งครรภ์ ระยะเวลาไม่มีอาการ 2 เรื่อง และ ผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต 1 เรื่อง มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในตามลำดับ

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 4 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด มีการปรับตัวดีขึ้น 2 เรื่อง ความหวังเพิ่มขึ้น 1 เรื่อง การดูแลตนเองดีขึ้น 1 เรื่อง ลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส จำนวน 2 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบงานวิจัย 2 เรื่อง ที่ใช้การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง สามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้ มี 1 เรื่อง ให้การปรึกษารายบุคคลในผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน และ 1 เรื่อง ให้การปรึกษารายบุคคลในผู้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม เพื่อลดความวิตกกังวล 1 เรื่อง และลดภาวะซึมเศร้า 1 เรื่อง

รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง พบใช้การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model ในปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และจากการวิเคราะห์งานวิจัยสามารถสรุปองค์ประกอบของการบำบัดได้ดังนี้

ผู้รับการบำบัด

ลักษณะผู้รับการบำบัดมี ดังนี้ ผู้รับการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาไม่มีอาการ มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้บำบัด

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า ผู้บำบัดเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัด

ผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม ผลลัพธ์ที่ได้จากการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model เป็นผลลัพธ์ทางด้านจิตสังคม เพื่อลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการปฏิบัติการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาล จากการสังเคราะห์ผลการศึกษากำหนดให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าเป็นการบำบัด ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ และการบำบัดมีหลายรูปแบบดังนั้นวิธีการที่จะเลือกนำมาปฏิบัติจึงควรเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ และเหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องมีการศึกษาเทคนิคและขั้นตอนในการบำบัดให้เข้าใจก่อน จึงจะสามารถนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีปัญหาจิตสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการสังเคราะห์ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่าการบำบัดทั้ง 5 รูปแบบ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งในการนำรูปแบบแต่ละรูปแบบไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาถึง ข้อดี ข้อจำกัด และผลลัพธ์ ซึ่งได้ให้ข้อเสนอแนะในแต่ละรูปแบบดังนี้

รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger บำบัด 2 - 12 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามทฤษฎีของ Roger เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ไม่มีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สามารถลดความวิตกกังวล ลดความเครียด ลดความท้อแท้ ลดอารมณ์ซึมเศร้า เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อได้

รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser บำบัด 6 - 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ตามแนวคิดของ Glasser เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และ เป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ จะสามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ดี

และในเป็นผู้ป่วยเอดส์ระยะเริ่มมีอาการ สามารถปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านการพึ่งพาห้วางกัน ได้ดี

รูปแบบที่ 3 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบปรับความคิด ตามทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck บำบัด 2 - 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20 - 60 นาที บำบัดวันละ 1 ครั้ง หรือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman / Ellis / Beck เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และ ผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทำให้ปรับตัวดีขึ้น เพิ่มความหวัง มีการดูแลตนเองดีขึ้น ลดความวิตกกังวล และ ลดอารมณ์ซึมเศร้า ได้

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส บำบัด 2 - 4 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการให้คำปรึกษา 3 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ การดำเนินการช่วยเหลือ การยุติการให้บริการให้คำปรึกษาและการติดตามผล ในขั้นตอนการดำเนินการช่วยเหลือ พยาบาลต้องศึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ระยะวิกฤต รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน สามารถลดความวิตกกังวล และ ลดภาวะซึมเศร้า ได้

รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของ Satir Model บำบัด 8 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที บำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง สำหรับพยาบาลที่จะนำการบำบัดในรูปแบบนี้ไปใช้ควรมีความรู้เกี่ยวกับการบำบัด 10 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Satir Model เพื่อสามารถให้คำปรึกษารายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถใช้ได้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะไม่มีอาการ รูปแบบนี้เหมาะสำหรับบำบัดแบบผู้ป่วยนอก สามารถลดความวิตกกังวล และลดภาวะซึมเศร้า ได้

ในการทำวิจัยทางการพยาบาลต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษารายบุคคลกับการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่มีความสอดคล้องกับ

บริบทสังคมไทย และการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดา เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมร่วมกับปัจจัยบำบัดของการให้คำปรึกษารายบุคคล ควรมีการศึกษาวิจัยในด้านการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อความเข้มแข็งทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพราะสภาวะทางด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงทำให้สภาวะทางด้านจิตใจต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน และควรมีการทดลองในกลุ่มทดลองที่ใหญ่ขึ้น มีปริมาณที่มากขึ้น เพื่อผลที่แน่นอนในการวิจัย และเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างกว้างขวางขึ้น



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON INDIVIDUAL COUNSELING AND PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

AOEAMDUAN NAMWISSET 4737440 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING), DARUNEE JUNHAVAT, M.Ed. (EDUCATIONAL PSYCHOLOGY AND GUIDANCE)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

AIDS started to spread for the first time in 1981. Initially, AIDS was found among homosexual males, before it was spread to drug addicts and female working in the sex industry, before finally reaching family members who do not have risky behaviors including housewives, females in their reproductive age, and infants. According to the most recent report on the global AIDS situation by The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection in 2007, the number of people living with HIV/AIDS was approximately 33.2 millions around the world. Of these, about 30.8 millions were adults, and 2.5 millions were children younger than 15 years of age. It has been estimated that there are 2.5 million newly infected cases all over the world, and 95% of these are those living in a country with low or moderate gross domestic product. The mortality rate of AIDS in 2007 was approximately 2.1 millions (1.9-2.4 millions).

In Thailand, the Office of Epidemiology (2009) has reported that the number of AIDS patients and HIV infected persons tended to decrease between 1984 and 2008. In 2009, the total number of AIDS patients was 345,196. Most of them live in the central and northern regions of the country. Of these, the number of the deceased was 93,034.

People living with HIV/AIDS have to live with a serious and life-threatening illness that causes physical, psychological, social, and spiritual effects, hence a change in their quality of life (Somsak Suppavitkul et al., B.E. 2544). As for physical condition, People living with HIV/AIDS have to suffer from the illness that involves sickness of different systems in the body such as fever, headache, loss of appetite, fatigue, panting, diarrhea, weight loss, oral thrush, and skin cancer, etc. (Jirapa Siritwattanamethanon et al., B.E. 2543).

As for psychological effects, when individuals have discovered that they are infected with HIV, they develop stress, anxiety, and denial, and they may be afraid of social rejection, loss, and desperation. Evidently, they need to undergo considerable adaptation. If they are unable to adapt themselves, or have inappropriate adaptation, they may suffer from psychiatric problems including depression and entertain suicidal thought (Williams & Wilkins, 2006).

With regard to socioeconomic status, as HIV infected persons are mostly unhealthy, they are unable to work as they used to and suffer economic loss. Also, they have to pay for medical expenses, and some of their basic rights may be waived. For instance, some need to undergo a blood test before getting a job, and others may be fired from work when their infection status has become known. Thus, they are unemployed and cannot earn their living (Saowapa Pornsiripong, B.E. 2541). For these reasons, their role functioning in the family is affected (Division of Epidemiology, Department of Communicable Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2546).

Therefore, it can be seen that HIV infected persons have to adapt themselves to the changes that have taken place. There are problems resulting from the HIV infected persons themselves; that is, they lack understanding about the symptoms of the disease, self-care practice, and treatment, so they lack cooperation in treatment. People living with HIV/AIDS have to adapt themselves physically to maintain body balance (Office of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Disease, Division of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2546; Wilai Kotethititham, B.E. 2546). In addition, they need to have appropriate psychosocial adaptation to create mental strength to fight with psychosocial effects to protect themselves from

psychiatric problems such as depression leading to suicidal thoughts so as to live a normal life in society.

Professional nurses play an important role in providing mental health care to People living with HIV/AIDS. Nurses should have positive attitudes and do not have fear or anxiety. They should have good mental health and are able to accept different behaviors of the patients. In addition, they should have good observation skills. More importantly, nurses need to give patients sufficient time to create trust and faith (Vichit Srisupan, Wilawan Senarat, Wilawan Pichiansathian et al., B.E. 2537). Regarding the roles of psychiatric nurses, they should perceive People living with HIV/AIDS as individuals with psychosocial problems which are considered a psychiatric emergency that requires assistance to ensure psychosocial adaptation of patients, with an aim to provide psychiatric therapy to cover service users—both individual patients and their families, with an emphasis on development of relationship in the form of treatment, communication for psychiatric therapy, psychiatric rehabilitation, prevention of mental illnesses, and psychiatric emergency. Nursing care provided to individual patients, families, and communities can be done as follows: 1) interaction group therapy, 2) individual psychotherapy, 3) milieu therapy, 4) somatic therapy (Ekuma Vichianthong & Pariyos Kittitheerasak, B.E. 2550), and 5) individual counseling.

Individual counseling is one way to provide assistance to ensure psychosocial adaptation in People living with HIV/AIDS to respond to the capability and needs of individual patients depending on individual differences regarding capability, intellect, interest, needs, physical condition, emotional status, and social status. Counseling can be specifically provided to patients who are not ready to reveal their infection status, and it is effective. A review of literature has shown that there are a number of studies on individual counseling in People living with HIV/AIDS to reduce their mental problems. However, there is a lack of research-based individual counseling for psychosocial adaptation in People living with HIV/AIDS in Thailand. To support individual counseling in People living with HIV/AIDS, the researcher was interested in reviewing, analyzing, and synthesizing research on individual counseling for psychosocial adaptation of People living with HIV/AIDS. The body of knowledge derived can then be implemented in provision of nursing care to ensure psychosocial adaptation to prevent, treat, and rehabilitate complicated psychiatric problems of

People living with HIV/AIDS. Also, the findings can be used to develop higher-order nursing roles, promote resources of service users, and offer social support to enable People living with HIV/AIDS to adjust themselves to the stimuli to promote the potential of individual patients, their family, and their community to enable them to take care of their mental health. Finally, the findings can be utilized to improve the quality of psychiatric healthcare services to achieve excellence in the workplace and the community, hence effective clinical individual counseling and supervision of individual counseling of psychiatric and mental healthcare personnel.

Objective of the Study

The present study aimed at analyzing and synthesizing research literature on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS in the following issues: 1) types and components of individual counseling and 2) outcomes of the therapy.

Expected Outcomes and Benefits

A body of knowledge on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS for subsequent provision of nursing care.

Definition of Terms

People living with HIV refer to individuals who have been diagnosed by physicians as having contracted the HIV viruses into their body but they are still healthy, continue to work, and are not sick with opportunistic infections (Office of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Disease, Division of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2550).

People living with AIDS refer to individuals who have been diagnosed by physicians as having AIDS. They have symptoms caused by immune deficiency and are sick with any of the opportunistic infections in any system of the body (Office of AIDS, Tuberculosis, and Sexually Transmitted Disease, Division of Disease Control, Ministry of Public Health, B.E. 2550).

Individual counseling refers to provision of counseling that allows the client to meet with the counselor on an individual basis to help clients to understand themselves and their environment, hence more effective planning of the future. Individual counseling is conducted in four steps: 1) establishment of relationship and agreement on services, 2) exploration and understanding of problems, 3) planning for problem solving, and 4) follow-up and termination of counseling (Wacharee Sapmee, B.E. 2549).

Psychosocial adjustment refers to a process used by people living with HIV/AIDS in responding to internal and external changes so as to maintain physical, mental, and social balance. This can be done in seven aspects as follows: 1) healthcare, 2) occupational environment, 3) household environment, 4) sexual relationship, 5) relationship with extended family, 6) social environment, and 7) psychological discomfort (Derogatis, 1986 cited in Orathai Pithpanpaisith, B.E. 2547).

Methodology

The present study was an analysis and synthesis of research literature on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS. A systematic review of research evidence was conducted based on the criteria proposed by Polit and Hungler (1997) as follows:

1. Search for information sources including

- 1.1 Data source
- 1.2 Keywords
- 1.3 Inclusion criteria

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence including

- 2.1 Study evaluation
- 2.2 Data extraction

1. Search for information sources

1.1 Information resources used in the search for research and academic references published both in Thailand and abroad were searched using electronic databases and the Internet as follows:

1.1.1 Research and academic references published in Thailand were searched from databases of the library of Mahidol University (Mulinet), Division of AIDS Control (aidsthai.org), the library of Chulalongkorn University (lib.car.chula), the library of Chiang Mai University (lib.cmu.ac.th), the library of Khon Khan University (lib.kku.co.th), the library of Mahasarakam University (library.msu.co.th), the library of Ramkamhaeng University (library.ru.co.th), the library of Burapa University (library.bbu.co.th), the library of Thammasat University (library.tu.co.th), and the central library of Srinakharinwirot University (library.swu.ac.th).

1.1.2 Research was also searched from major medical and nursing databases including PUBMED, CINAHL, NLM Catalog, and OVID.

1.1.3 Systematic reviews were also searched manually from evidencebasednursing.com, joannabriggs.edu.au, and cochrance.org.

1.2 Keywords used in the search included the following:

1.2.1 การให้คำปรึกษารายบุคคลและเอดส์

1.2.2 Individual counseling, AIDS/HIV

1.2.3 AIDS/HIV, Psychosocial care

1.2.4 AIDS/HIV, Psychosocial adjustment

1.2.5 Individual counseling, AIDS/HIV, Psychosocial adjustment

1.3 Inclusion criteria were as follows:

1.3.1 It was research investigating individual counseling to promote psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS.

1.3.2 The sample of the studies consisted of people living with HIV and people living with AIDS of all genders and ages.

1.3.3 As regards research outcomes, only research studies in which the study variables were related to psychosocial adjustments such as ability to perform self-care, self-esteem, stress coping skills, psychological disturbance, quality of life, and self-respect were selected.

The databases and keywords used in the search, as well as the number of research studies selected, are shown in the table below.

2. Guidelines in analyzing and synthesizing research evidence

The analysis and synthesis of research literature on individual counseling for psychosocial adjustment was conducted in the following steps:

1. Study evaluation

The criteria proposed by the Royal College of Thai Physicians (B.E. 2544) were used to divide research evidence into the following four levels:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of randomized controlled trials (RCT) or a single study which is a randomized controlled trial (RCT).

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one randomized controlled trial or carefully designed quasi-experimental research or non-randomized controlled trial.

Level C refers to evidence derived from correlational research, causal-comparative research, or descriptive research.

Level D refers to evidence from expert consensus.

Based on the aforementioned criteria, and after the same work found in different databases were excluded, there were altogether 17 research studies selected in this study. Of these, one was categorized under Level A, while 16 were categorized under Level B. The details regarding the databases and keywords used in the search, as well as the total number of research studies obtained and that of the studies subsequently selected, are shown in the table below.

2. Data extraction

In systematically reviewing the selected 17 research studies, data extraction was conducted to analyze and synthesize the selected research with the following scope:

- 1) Problems or purposes of the study
- 2) Research design
- 3) Sample
- 4) Setting
- 5) Data collection instruments
- 6) Intervention
- 7) Findings or results
- 8) Implications or implementations

The findings of the systematic review are tabulated and illustrated in the table regarding the findings of the systematic review of research on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS presented in the section on findings.

Findings

The results of the analysis of research on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS can be summarized as follows:

1. The results of the analysis of research on individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS are shown in Table 2 in the Appendix.

2. The results of the analysis and synthesis of a body of research-based knowledge from the selected research can be summarized as follows:

- 2.1 Quality of research

- 2.2 The types of individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS can be divided into the following five types:

- 2.2.1 Person-centered individual counseling based on the theory of Rogers: eight studies

- 2.2.2 Reality counseling based on the concept of William Glasser: two studies

- 2.2.3 Individual counseling based on the adaptation theory of Lazarus and Folkman / Ellis/ Beck: four studies

- 2.2.4 Individual counseling based on the neuro-linguistic programming theory: two studies

- 2.2.5 Individual counseling based on the concept of the Satir Model : one study

1. Results of analysis of research

The results of the analysis of the selected 17 research studies are shown in Table 2 in the Appendix, detailing the outcomes of individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS.

2. Results of analysis and synthesis of a new body of research-based knowledge

2.1 As for quality of research, it was found that of the selected 17 studies, one was a randomized controlled trial categorized under Level A, while 16 were quasi-experimental research categorized under Level B.

2.2 Regarding types of therapy and the components of each type of therapy, the analysis of the selected 17 studies revealed that individual counseling for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS can be divided into five categories as follows:

Type 1: Person-centered individual counseling based on the theory of Rogers: eight studies

According to the analysis of the selected 17 research studies, there were eight studies which implemented person-centered counseling based on the concept of Rogers to achieve psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS. The analysis of these eight studies can be summarized as follows:

Clients

In four studies, the clients were pregnant women with HIV infection, and in the other four studies, the clients were people with HIV infection and people with asymptomatic AIDS or those beginning to develop AIDS symptoms but still able to take care of themselves. They sought healthcare and treatment at an outpatient clinic of a hospital.

Therapists

In all eight studies, the therapists were professional nurses.

Outcomes

As for psychosocial outcomes of person-centered individual counseling based on Roger's theory, it was found that in these eight studies, individual counseling could reduce stress in three studies, reduce desperation in one study, reduce depression in one study, increase self-esteem in two studies, and increase readiness to reveal infection status in one study.

Type 2: Reality counseling based on the concept of William Glasser: two studies

Of the selected 17 research studies, there were two studies which implemented reality counseling to assist people living with HIV/AIDS in psychosocial adjustment. The analysis of these two studies can be summarized as follows:

Clients

In one study, the clients were mothers with asymptomatic HIV infection, whereas in the other study, the clients were people with AIDS who began to develop AIDS symptoms. They sought healthcare and treatment at an outpatient clinic of a hospital.

Therapists

In both studies, the therapists were professional nurses.

Outcomes

As regards outcomes of reality counseling based on the concept of William Glasser on psychosocial adjustment of clients in these two studies, one study investigated four psychosocial adjustment outcomes in four domains—physical domain, self-concept domain, interdependence domain, and role functioning domain, while in the other study, three domains of psychosocial adjustment were examined—physical domain, self-concept domain, and interdependence domain. The patients had better adjustment (Karun Hongga, B.E. 2545) and better role functioning (Wilainwan Panthachai, B.E. 2540).

Type 3: Individual counseling based on the adaptation theory of Lazarus and Folkman / Ellis/ Beck: four studies

According to the analysis of the selected 17 research studies, it was found that there were four studies which implemented individual counseling based on the adaptation theory of Lazarus and Folkman / Ellis / Beck to assist clients with psychosocial adjustment. The analysis of these four studies can be summarized as follows:

Clients

Of the four studies, one study involved clients who were pregnant women with asymptomatic HIV infection, two studies involved non-pregnant women with asymptomatic HIV infection, and one study involved patients with AIDS in a critical condition. The clients in the first three studies sought healthcare and treatment at an outpatient clinic of a hospital, whereas the clients in the last study were hospitalized in an inpatient department.

Therapists

In all four studies, the therapists were professional nurses.

Outcomes

Regarding outcomes of individual counseling on psychosocial adjustment of clients in these four studies, individual counseling promoted adjustment in two studies, enhanced hope in one study, improved self-care efficacy in one study, and decreased anxiety in one study.

Type 4: Individual counseling based on the neuro-linguistic programming theory: two studies

The analysis of the selected 17 research studies revealed that there were two studies which implemented individual counseling based on the neuro-linguistic programming theory for psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS. The analysis of these two studies can be summarized as follows:

Clients

In one study, the clients were inpatients who were admitted into the hospital, while in the other study, the clients were outpatients who sought treatment at the outpatient clinic at a hospital.

Therapists

In both studies, the therapists were professional nurses.

Outcomes

With regard to outcomes of individual counseling based on the neuro-linguistic programming theory on psychosocial adjustment of clients in both studies, the findings indicated that it could be used to reduce anxiety in one study and to decrease depression in the other study.

Type 5: Individual counseling based on the concept of the Satir Model: one study

In the analysis of the selected 17 research studies, it was discovered that there was one study which implemented individual counseling based on the concept of the Satir Model for psychosocial adjustment. The components of the counseling can be summarized below:

Clients

The clients were people with asymptomatic HIV infection who received healthcare services at an outpatient department.

Therapists

The therapists in this study were professional nurses.

Outcomes

In this study, individual counseling based on the concept of the Satir Model was used to reduce.

Recommendations**Recommendations for nursing practice**

A synthesis of outcomes of individual counseling on psychosocial adjustment of people living with HIV/AIDS has shown that this type of therapy can be implemented by nurses. There are different types of therapy, so nurses should select the types that are easy to implement, have beneficial outcomes, and are appropriate for the characteristics of individual patients. However, nurses need to study the techniques and steps involved in each type of the therapy to ensure understanding before effectively implement individual counseling to promote psychosocial adjustment of people living with HIV/AIDS. The findings showed that there are altogether five types which can be implemented after their strengths, weaknesses, and outcomes are taken into consideration as follows:

Type 1: Person-centered individual counseling based on the theory of Rogers should be implemented two to 12 times, each lasting 30 to 90 minutes, once or twice a week. As for the nurses who are going to implement this type of therapy, they should have knowledge about the three steps in providing counseling—establishment of relationship and agreement on services, provision of assistance, and termination of services and follow-up. As for provision of assistance, nurses have to study the theory of person-centered individual counseling based on the theory of Roger to ensure effectiveness. This type of counseling can be used with pregnant women with HIV infection, HIV infected persons, and asymptomatic AIDS patients. It is suitable for outpatient counseling, and it can reduce anxiety, stress, and desperation while increasing self-esteem and readiness to reveal infection status.

Type 2: Reality counseling based on the concept of William Glasser should be implemented six to seven times, each lasting 45 to 90 minutes, once a week. As for the nurses who are going to implement this type of therapy, they should have knowledge about the three steps in providing counseling—establishment of relationship and agreement on services, provision of assistance, and termination of services and follow-up. As for provision of assistance, nurses have to study the theory of reality counseling based on the concept of Glasser to ensure effectiveness. This type of counseling can be used with mothers with HIV infection, asymptomatic AIDS patients, and symptomatic AIDS patients in the initial stage. It can improve adjustment in the physical domain, self-concept domain, and interdependence domain.

Type 3: Individual counseling based on the adaptation theory of Lazarus and Folkman / Ellis/ Beck should be implemented two to eight times, each lasting 20 to 60 minutes, once a day or once a week. As for the nurses who are going to implement this type of therapy, they should have knowledge about the three steps in providing counseling—establishment of relationship and agreement on services, provision of assistance, and termination of services and follow-up. As for provision of assistance, nurses have to study the theory of person-centered individual counseling based on the theory of adjustment of Lazarus and Folkman/ Ellis/ Beck to ensure effectiveness. This type of counseling can be used with pregnant women with HIV infection, asymptomatic AIDS patients, and AIDS patients in a critical condition. It is suitable for both outpatient and inpatient counseling, and it can enhance adjustment, increase hope, and improve self-care practices and decrease anxiety and depression.

Type 4: Individual counseling based on the neuro-linguistic programming theory should be implemented two to four times, each lasting 45 to 60 minutes, once a week. As for the nurses who are going to implement this type of therapy, they should have knowledge about the three steps in providing counseling—establishment of relationship and agreement on services, provision of assistance, and termination of services and follow-up. As for provision of assistance, nurses have to study the neuro-linguistic programming theory to ensure effectiveness. This type of counseling can be used with pregnant women with asymptomatic HIV infection and AIDS patients in a critical condition. It is suitable for both inpatient and outpatient counseling, and it can reduce anxiety and depression.

Type 5: Individual counseling based on the concept of the Satir Model should be implemented eight times, each lasting 60 to 90 minutes, once a week. As for the nurses who are going to implement this type of therapy, they should have knowledge about the ten steps involved in the Satir Model to ensure effectiveness. This type of counseling can be used with persons with asymptomatic HIV infection. It is suitable for outpatient counseling, and it can reduce anxiety and depression.

Recommendations for future research

Studies should be conducted to shed more lights on individual counseling on psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS in Thailand so as to further develop the existing body of knowledge on individual counseling on psychosocial adjustment in people living with HIV/AIDS that is more appropriate for the Thai context. Studies should include people living with HIV/AIDS who are housewives, teenagers, and infants contracted HIV from their mothers to analyze individual factors that promote psychosocial adjustment as well as other factors related to individual counseling. This is because the physical condition of people living with AIDS can change constantly, so their psychological well-being has to be continuously taken care of so as to increase mental strength. Also, further studies should be carried out with a larger group of samples to increase the generalizability of the findings to expand the scope of nursing care and assistance provided to people living with HIV/AIDS.

รายการอ้างอิง

- กนกภรณ์ ชูเชิด. (2547). ปัจจัยเชิงกระบวนการกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกเลขา แก้วสว่าง. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ศูนย์ความรู้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. สำนักปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.
- กนกวรรณ จีฬ. (2544). ผลของกลุ่มเสริมสร้างความหวังในผู้ป่วยหญิงซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2536). นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ใช้การเฝ้าระวังโรค (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 4). วารสาร โรคเอดส์. 5(2), 59- 76.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2551). รายงานการวิจัยกองโรคเอดส์: การสำรวจข้อมูลกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการให้การปรึกษาเรื่องเอดส์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2550). คู่มือการให้การปรึกษารุ่นพื้นฐาน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เด็กและผู้ใหญ่ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือประกอบการอบรม หลักสูตรการให้การปรึกษา: กรณีเปิดเผยผลเลือด สำหรับผู้เข้าอบรม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

- กลุ่มโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550). รู้ทันเอดส์. เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2550, จาก <http://www.aidssthai.org/main.php?filename=knowaids>.
- กองระบาดวิทยา. (2546). สรุปจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์. ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2545. (online). Available: <Http://www.moph.go.th/osp/epi/aidshtm.indexaids.htm>. (2002, August 31).
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). การประมวลผลองค์ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). เอดส์. เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2549, จาก http://www3.easywebtime.com/aids_stis/history.html.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2542). มิติทางสังคมและวัฒนธรรมไทยในเรื่องเพศศึกษาเกี่ยวกับปัญหาเอดส์. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2550, จาก <http://library.bu.ac.th/search/opac/ResultTitle.cfm?aTextSearch=2004000665&aSearchBy=B&aIsAdvance=Yes>.
- กานดา ผาวงศ์. (2549). *Satir's brief Systemic therapy*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2550, จาก <http://www.jvkk.go.th/research/article/detail.asp?code=5>.
- การุณย์ หงส์กา. (2540). การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง ที่มีต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม. (2538). การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ เอดส์: การวิจัยทางคลินิก. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). เข้าถึงเมื่อ 8 มกราคม 2551, จาก <http://123.242.145.121/sac/Opac/BibItem.aspx?BibID=b00053477>.
- จิระภา ศิริวัฒน์เมฆานนท์. (2543). ผลของการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์เรื่อง รูปแบบการพัฒนาการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย.
- จิระภา ศิริวัฒน์เมฆานนท์ และคณะ. (2543). การอบรมแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในเยาวชน. เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2551, จาก <http://www.nu.msu.ac.th/Self-Study/report.asp?PageNo=149>.

- จรรย์พร จันทรรักดี. (2550). *การคัดกรองด้านโภชนาการในผู้ติดเชื้อ*. เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2551, จาก <http://gotoknow.org/post/tag>.
- เจียรนัย ทรงชัยกุล. (2529). *ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์. เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2552, จาก http://virtua.stou.ac.th/cgi-bin/gw_43_3/chameleon?host.
- ชลธิชา สิมะวงศ์. (2545). *การใช้จิตบำบัดกลุ่มในการส่งเสริมความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงเมื่อ 20 ธันวาคม 2551, จาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=1542>.
- ชุดิมา ไชยเสน. (2549). *เอกสารประกอบการเรียน การให้คำปรึกษากลุ่ม*. หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา โครงการบริการวิชาการภายนอกมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2551, จาก <http://www.sut.ac.th/dsa/Unit/dorms/consulting/Consult.htm>.
- ณัฐนันท์ ใจตรง. (2540). *ผลการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลมุกดาหาร*. ปรินญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาทางการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ครุณี รุจกรกานต์. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และในชุมชน*. ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทวีพร พาณิชย์พงษ์. (2551). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง*. เข้าถึงเมื่อ 15 ธันวาคม 2551, จาก <http://gotoknow.org/blog/pojde/161594>.
- ทัศนศรี เสมิยนเพชร. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะบทบาท สุขภาพมารดาและบุตรกับความเครียด ในบทบาทและความพึงพอใจในบทบาทของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนา โพนยงค์. (2546). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทินกร วงศ์ปาริณย์. (2549). *Tracing outcome and process in group psychotherapy*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/psychiatry/research.htm>.

- ธนา นิลชัยโกวิทย์. (2537). *เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วย HIV*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2537 : 47-73, 113-28.
- ธมลวรรณ เหลืองเจริญกุล และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2545). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. *Journal Index Thammasat University Libraries*. เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://index.library.tu.ac.th/ipac20/ipac.jsp?session>
- นมิตา ถ. สกุล. (2544). *ภาระและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคเหนือ*. เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2551, จาก <http://www.nurse.cmu.ac.th/nat-n/act/new1/new1.htm>.
- นันทา อ่วมกุล และต้องจิตต์ กาญจน์มัย. (2540). การรวมกลุ่มช่วยเหลือกันของหญิงตั้งครรภ์และมารดาติดเชื้อเอดส์. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม* 21(2), 25- 42.
- นันทิสรา โชติรสนิรมิต. (2550). *การวิจัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี*. เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2550, จาก http://www.rihes.cmu.ac.th/CAB_VDO_SOUND/cab_radio.html.
- น้ำทิพย์ เพ็ชรดี. (2545). *ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามที่มีต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิดารัตน์ ชูวิเชียร หารยา เศรษฐบุปผา ขวัญพนมพร ธรรมไทย และ ณรงค์ มณีทอง. (2550). ผลของศิลปะบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น ที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ, *พยาบาลสาร*, 34. 4 : 45-57.
- นิสารัตน์ เศวตรณ. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองและความเข้มแข็งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แน่นน้อย ย่านวาริ. (2537). *สิ่งเร้าความเครียด ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเอดส์*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2550, จาก http://www.aidsthai.org/module/module5/detail_library.php?lid=158
- บงกช เจตน์สว่าง. (2549). *ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่มีต่อความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลในครอบครัวหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- บัวตัน เขียวอรมน. (2540). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยัคบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เบญจพร มงคลธง. (2550). ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยัคบุคคลเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เบญจวรรณ ทรัพย์คง. (2547). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประเทือง พิมพ์โพธิ์. (2541). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี. ลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2550). เอดส์. มุลนิธิหมอชาวบ้าน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). เข้าถึงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2550, จาก <http://www.doctor.or.th/taxonomy/term/4246>.
- ประยุทธ์ เสรีเสถียรและดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. (2540). คู่มือการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์. กรุงเทพมหานคร: การศาสนา.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2550, จาก <http://library.swu.ac.th/ipac20/ipac.jsp?session>.
- ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2539). การปรับพฤติกรรมเบื้องต้น. ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2550, จาก http://laic.dpu.ac.th/cgi-bin/gw_41_11/chameleon?host.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2537). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนและขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2530). ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร, พิทักษ์อักษร. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2551, จาก <http://search.library.tu.ac.th/ipac20/ipac.jsp?session>.
- พนม ลิมอารีย์. (2533). การแนะแนวเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2551, จาก <http://library.stou.ac.th/ODI/CollectionDev/odi/display.asp?Library>.

- พริดา ศรีสะอาด. (2542). ศึกษาผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาความเป็นจริง ต่อการเผชิญความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. CUIR at Chulalongkorn University: Search Results.เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2551, จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/simple-search?query>.
- มณี ณ บางช้าง. (2545). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติบทบาทการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2551, จาก http://virtua.stou.ac.th/cgi-bin/gw_43_3/chameleon?host.
- มณี เพือกวิไล. (2537). บทบาทพยาบาลในทำให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้ติดเชื้อไวรัสเอดส์ และผู้ป่วย. วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 19 (2), 82-87.
- มาลัย พัฒนา.(2545). ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยรรยง พวงชมพู, สุพจน์ ซอสุขไพบูลย์ และเอกราช อรรถนยากร. (2543). ยานอนหลับและยาคลายกังวล. ระบบสารสนเทศออนไลน์ทางเภสัชบำบัด. เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2551, จาก <http://www.pharm.chula.ac.th/osotsala/sleep/index.htm>.
- ยุวดี สุ่มมาตร. (2541). ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยคัดกรองกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุการจราจร ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในโรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ การให้คำปรึกษาและแนะแนวการศึกษา. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รจนา วิริยะสมบัติ. (2540). ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะที่ปรากฏอาการ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณชัย คำป่าแลว. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนผู้ติดเชื้ออำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชร ทรัพย์มี. (2549). ทฤษฎีและกระบวนการให้คำปรึกษา. กรุงเทพมหานคร: ตำราในโครงการตำราของทบวงมหาวิทยาลัย.
- วัลลภ พรเรืองวงศ์. (2549). จิตบำบัด .โรงพยาบาลห้างฉัตร ลำปาง. เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2552, จาก <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=health2u&group=5&month=08-2009&date=31>.

- วิจิตร ศรีสุพรรณ วิลาวลย์ เสนารัตน์ วิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร และคณะ. (2537). *การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชา บำรุงยศ. (2544). ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไล โครตฐิติธรรม. (2546). ไข้เรื้อรังในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในภาคเหนือของประเทศไทย. จดหมายข่าวสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2551, จาก <http://www.idthai.org/Publication/pdf/Vol22-3/Abstract-V22-3.pdf>.
- วิไลพรรณ สมบุญตนนท์. (2547). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลกับการวิจัย. *วารสารสำนักการพยาบาล* 31(1), 6-15 เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2551, จาก http://www.dms.moph.go.th/nurse1/issue4_knowledge3.html.
- วิไลวรรณ พันธิไชย. (2540). ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ต่อการปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการเรียนการสอน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระพล จันทรศิขิง. (2538). คู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน. คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2551). *โรคซึมเศร้า*. มูลนิธิหมอชาวบ้าน. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.). เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2551, จาก <http://www.doctor.or.th/taxonomy/term/4246>.
- สันสนีย์ สมิตะเกษตริน. (2542). การศึกษาสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าชมรมผู้ติดเชื้อ. กระทรวงสาธารณสุขกรมควบคุมโรคติดต่อ. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2551, จาก <http://opac2.clib.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=33121>.
- ศิริชัย ดาริกานนท์. (2541). *คุณภาพชีวิตและความคิอดอยากมาตัวตายของผู้ติดเชื้อ HIV*. กรมสุขภาพจิต. เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2551, จาก http://mhtech.dmh.moph.go.th/lib/search/body.php?lib_id=2813.
- ศิริวลี คำวะลี. (2546). การทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2545. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา มหิดล. (2551). *Using The Satir Model for Intrapersonal and Interpersonal Development*. เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2551, จาก http://www.ce.mahidol.ac.th/upload_update/9.pdf.
- สมคิด โพธิชนะพันธุ์ และคณะ. (2543). *Effect of Practicing Yoga on Quality of Life, Stress and Physical Fitness in HIV/AIDS Patients*, เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2552, จาก <http://www.ns.mahidol.ac.th/english/research/th/activities/activities19.html>.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ความเครียดกับการดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*. กรุงเทพมหานคร, วี.เจ. พรีเมียม.
- สมจิต ปทุมมานนท์ สุณีย์ ละกำป็น และพิบูล กมลเพชร. (2543). *ศึกษาประสิทธิภาพรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนาภูมิปัญญา และการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ทบวงมหาวิทยาลัย สิงหาคม 2543 : 231.
- สมพร สุทัศน์ย์. (2539). *มนุษย์สัมพันธ์*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2552, จาก <http://www.cupress.chula.ac.th/press>.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2552, จาก http://www.thai-library.com/media_detail.php?media_id=11393&pdata_id=75.
- สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล. (2544). *บทคัดย่อเรื่องโรคเอดส์จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2539-2543 = Chiang-Rai abstracts on AIDS 1996-2000*. ศูนย์บรรณสารและสื่อการศึกษา. มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- สมสกุล ภูมิบ่อพลับ และบงกช เชื้อชาญยนต์. (2539). *สถานการณ์การติดเชื้อเอดส์ของหญิงฝากครรภ์ใน 7 จังหวัด ภาคใต้ตอนล่าง*. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 สงขลา.
- สาโรจน์ ใจมุข และ อังคาร สอนดา. (2548). *สุขภาพจิตผสมผสานงานเอดส์เน้นคุณภาพชีวิตและชุมชน*. กลุ่มงานสุขภาพจิตยาเสพติดเอดส์ โรงพยาบาลทองแสนขัน.
- สำนักการพยาบาล. (2546). *การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์*. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สำนักงานโครงการพัฒนาแห่ง สหประชาชาติ. (2547). *เอชไอวีเอดส์*. เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2550, จาก <http://www.undp.or.th/thai/focusareas/hiv.html>.
- สำนักบรรณวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย*. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2550, จาก <http://radiothailand.prd.go.th>.

- สิริพร เพชรงาม. (2545). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มต่อความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2539). วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พย.ม.(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุคนธ์ศรี คล่องอักษร. (2550). ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับความตาย ในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- สุเทพ จันทรมณีกุล, เปรมจิต อนุมาน, มารศรี ศรีประเสริฐ, สมภาวรรณ ภาคภูมิ และเดือนเด่น จันทโรตร. (2540). ข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, ขอนแก่น.
- สุโท เจริญสุข. (2527). หลักจิตวิทยาและพัฒนาการมนุษย์ . มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2552, จาก http://laic.dpu.ac.th/cgi-bin/gw_41_11/chameleon?host.
- สุนันทา อริยกุลนิมิต. (2542).ประสิทธิผลการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ในวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาเอกสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุนันทา ปราโมกษ์ชน. (2544). ผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ในผู้ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุบิน สมิน้อย. (2549). แนวคิดพื้นฐานในการให้การปรึกษา. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2552, จาก <http://www.suicidethai.com/elearning/test/education/articles/view.asp?id>.
- สุพร เกิดสว่าง. (2542). การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและการให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาชีวิตและการติดเชื้อเอดส์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงเมื่อ 5 มกราคม 2552, จาก <http://clrem-opac.sut.ac.th/BibDetail.aspx?bibno>.
- สุพรรณิ นาคทอง. (2539). การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของรอรเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาเอกสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สุพาณี เสมสุขกรี. (2541). ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เสาวภา วิจิตวาทิ. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรไท พิพิพัฒน์ไพสิฐ. (2547). การปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสจังหวัดน่าน. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพิน เกตุแก้วมณี. (2541). การศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมเผชิญความเครียด ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย. (2534). จิตวิทยาการให้คำปรึกษาแนะนำชุด. สอท. ออนไลน์. สายเอดส์: สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2552, จาก <http://opac3.clib.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=848>.
- อ้อมใจ สิทธิจำลอง. (2542). แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับทางจิตสังคมของหญิงมีครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภรณ์ ชัยศิริ. (2540). ผลของการให้คำปรึกษาแบบยืมนุเคราะห์เป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อุกฤษฏ์ ทองสุนทร. (2552). การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์ศูนย์ส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัย. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2552, จาก <http://www.pongrang.com>.
- อุบลรัตน์ ด้อยมาเมือง. (2548). ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษ : รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2552, จาก <http://opac2.clib.psu.ac.th/BibDetail.aspx?bibno=24502>.

เอกอุมา วิเชียรทอง และ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์. (2550). ผลการใช้ดีเพรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.

Agapetus, L. (1994). Yalom's model applied to an outpatients better breathers group. *Journal of Psychosocial Nursing*. 32(12), 1-14.

Albert, E. (1962). *Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)*. Retrieved September 20, 2007. From, <http://www.rebtnetwork.org>.

American Heritage Dictionary of English Language. (1992). *Boston: Houghton-Mifflin Third Edition*. Retrieved september7, 2007. From : <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-041999-174015/unrestricted/bib.pdf>.

Anderson, R.J., & Kirk, L.M. (1982). Methods of Improving patient compliance in chronic disease states. *Archives of Internal Medicine*, 142, 1673-1675.

Bandler, R. (1975). *The Secrets to Quick and Lasting Life Change with Neuro-Linguistic Programming*. Retrieved September 20, 2008. from, <http://www.richardbandler.com>.

Barry, P.D. (1996). Care of physically ill patients and their family. *Journal of psychosocial Nursing*. 42(14), 42-57.

Beck, A.T., et al. (1984). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. Retrieved september 7, 2008, From <http://books.google.co.th/books>.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press. Retrieved August 2, 2008, From : <http://psy1.clarion.edu/jms/Beckwrit.html>.

Benjamin, F. (1988). *The gothic's gothic : study aids to the tradition of the tale of terror*. Garland reference library of the humanities; vol. 567. Retrieved September 7, 2008, From : <http://catalogue.nla.gov.au/Record/435637>.

Chandra, P. S., Ravi, V., Desai, A., & Subbakrishna, D. K. (1998). Anxiety and depression among HIV-infected heterosexuals—a report from India. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(5), 401-409.

Cote, J. K. & Pepler, C. (2005). Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men. *Journal of Clinical Nursing*. 14(3), 6-321.

- Collins, L. H. (1998). Illustrating feminist theory: Power and psychopathology. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 97.
- Connor, O. J. & Seymour, J. (1993). *Introducing NLP Neuro-Linguistic Programming (Paperback)*. Retrieved September 20, 2008 From : <http://www.amazon.co.uk/Introducing-Neuro-Linguistic-Programming-Joseph-OConnor/dp/1855383446>.
- Demara, J.R. (1997). *Automating the CGF Model Development and Refinement Process by Observing Expert Behavior in a Simulation*, Proceedings of the Computer Generated Forces and Behavioral Representation Conference, Orlando, FL, May 1998. Retrieved July 20, 2008, From : <http://www.aaai.org/Papers/FLAIRS/1999/FLAIRS99-087.pdf>.
- DeRogatis, L.R. (1986). *Psychosocial Adjustment To Illness Scale (PAIS/PAIS-SR)*. Clinical Psychometric Research Inc.1228 Wine Spring Lane, Towson, MD 21204. Retrieved July 14, 2008, From : http://www.derogatis tests.com/pais_synopsis.asp.
- Duchy, C.A. (1991). *Mental health needs of clients along the continuum of human immunodeficiency Virus (HIV) infection in psychiatric mental health nursing*. Retrieved November 10, 2008. From : http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2551/cpsy0551jw_bib.pdf.
- Erlen, J. A., Mellors, M. P., & Thato, S. (2002). *HIV – positive adults with depression: A population at risk for non-adherence*. Retrieved July 14, 2007, From : http://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper_11554.html.
- Flaskerud, J.H. (1995). *AIDS/HIV infection: a reference guide for nursing professionals*. Retrieved September 7, 2008, From <http://www.cababstractsplus.org/abstracts/Abstract.aspx?AcNo=19892063685>.
- Leserman, J. (2008). Role of depression, and trauma in HIV disease progression. *Psychosomatic Medicine*, 2008, 70(5),539-45.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing. Retrieved August 7, 2008 From : <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/coping.htm>.
- Maldonado, J. R., Israelski, D., Diamon, S., Chapman, A., Koopman, C., & Spiegel, D. (2003). Predictors of quality of life in HIV-infected individuals: the effect of immunological

- 15status and depression [Oral abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 133-145.
- Mangclaviraj, S. et al. (2008). Nadir CD4 count and monthly income predict cervical squamous cell abnormalities in HIV-positive women in a resource-limited setting. *Int STD AIDS*. 2008, 19(8), 529-32.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1978). The Maslach Burnout Inventory: factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of occupational and organizational psychology*, 77 (3), 377-384
- Retrieved October 23, 2007 From : <http://www.amazon.com/Principles-Practice-Psychiatric-Nursing-Stuart/dp/0323026087>.
- Roy, S.C. & Anderson, H.A.(1999). *The Roy Adaptation Model by Heather A. Andrews, Sister Callista Roy*. Retrieved September 20, 2008. from , <http://catalog.ebay.com/Roy-Adaptation-Model-/1051592>.
- Sigman, C. (1981). *Social validation of symbolic play training for children with autism*. Retrieved September 7, 2008. From : http://findarticles.com/p/articles/mi_6887/is_2_3/ai_n28461084.
- Siuart, G.S. & Sundeen, S.J. (1995). *Principle and practice of psychiatric nursing*.
- Spross, J.A. & Locke, A.M. (1990). *Diagnosis and stigma and identity amongst HIV positive Black Africans living in the UK*. Retrieved September 20, 2008 From : <http://www.informaworld.com/smpp/fulltextcontent=a727652664&rt=0&format=pdf>.
- Townsend, M.C. (2000). *Psychiatric mental health nursing: concept of care*. 3rd ed. Philadelphia: FA. Davis Company.
- Williams, L. & Wilkins, C. (2006). Vaginal washing among African women increases risk of acquiring HIV-1. *AIDS Weekly & Law* 20 (2), 269-273. Retrieved October 7, 2008 From : <http://www.newsrx.com/newsletters/AIDS-Weekly-and-Law>.
- Wolcott, D.L. (1986). *However, true functional psychiatric syndromes are also seen in HIV disease*. Retrieved September 7, 2008 From : <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/152/6/839>.



ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์
รูปแบบที่ 1 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบยืดหยุ่น เป็นศูนย์กลาง ตามทฤษฎีโรเจอร์ จำนวน 8 เรื่อง

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
I.Author	สุพรรณี นาคทอง	Setting	คลินิกผู้ป่วยเอดส์วันพุธ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศรราม	Intervention	โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์ส ระยะเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละรายใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-45 นาที 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์
Year	2539	Population	Inclusion criteria ประชาชน ชายและหญิง ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ		1. สร้างสัมพันธภาพ โดยชักชวนปัญหาและระบายความรู้สึก ความคับข้องใจที่มีอยู่อย่างอิสระ ผู้วิจัย ได้ใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ของโรเจอร์
Title	ผลการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์สที่มีต่อความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศรราม	Sample size	เลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ชาย 22 คน หญิง 8 คน	Results	2. ใช้เทคนิคต่างๆ ในการให้คำปรึกษา 3. การยุติการ ให้คำปรึกษา
Objective	เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์ส ที่มีต่อการลดความวิตกกังวล ของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ณ โรงพยาบาลบาราศรราม โดยจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส	Outcome measures	ตัวแปรตาม "ได้แก่ ระดับความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ประเมิน โดย แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ผู้วิจัย สร้างจากการสัมภาษณ์เชิงเท็จจริง และการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยปรับปรุงมาจากของสปีดเบอร์เกอร์ และคนอื่นๆ		ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์สลดลง กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
Design	Quasi experimental research			Implication	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทางโรเจอร์ส ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการที่มีความวิตกกังวล ได้ใช้กระบวนการ ให้คำปรึกษา โดยเน้น เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความประทับใจ ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเอง และระบายความรู้สึก มีการยอมรับ และเข้าใจปัญหาของตน ได้ถูกต้อง สามารถพัฒนาตนเองได้ ในการประเมินผลหลังการทดลอง ในการวิจัยมีการประเมินผลทันทีที่ผลออกมาไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งควรมีการติดตามผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลงานวิจัยในด้านความยั่งยืนของการทดลองและสามารถนำมา
Level	B				

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาบุคคลพลัดถิ่นการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
	Data collection การดำเนินการวิจัย วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-posttest) 1. ระยะก่อนการทดลองผู้วิจัยวัดความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่าง 30 คน 2. ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้รับคำบริการาบุคคล ตามแนวของรออเดอร์ส ที่ห้องสุศึกษา ณ ศักดิ์พิ้วชนอก โรงพยาบาลบาราสราธร 3. ระยะหลังการทดลอง หลังจกยุติการให้คำปรึกษาแล้ว ผู้รับคำปรึกษาทำแบบวัดความวิตกกังวลทุกคนจนครบ จำนวน 30 คน 4. ระยะติดตามผล วัดความวิตกกังวลซ้ำอีก 1 สัปดาห์ต่อมา	Implication ปรับปรุงในการวิจัยครั้งต่อไป ส่วนโปรแกรมการให้คำบริการาบุคคลตามแนวทางไรเดอร์ ในงานวิจัยนี้ไม่ระบุนำไปใช้ที่ชัดเจน เมื่ออ่านงานวิจัยไม่สามารถดึงออกมาใช้ได้ ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกจึงจะสามารถนำไปใช้ได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
2.Author	ร.ด.อ.อาภากร นัยศิริ	Setting	Outcome measures	Intervention	โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นสำหรับผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ คนละ 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและเริ่มต้นให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2-3 ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครั้งที่ 4-5 ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดจากการกลั่นแกล้งน้ำใจเกี่ยวกับอาการของโรค ครั้งที่ 6-7 ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ ครั้งที่ 8 ยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ 1. สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2. สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเครียดเกี่ยวกับการกลั่นแกล้งน้ำใจเกี่ยวกับอาการของโรคลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3. สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเครียดเกี่ยวกับบุตรในครรภ์ลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4. สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความเครียดรวมทั้ง 3 ด้าน ลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่น ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่าง
Year	2540	Population			
Title	ผลของการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์				
Objective	เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง				
Design	Quasi experimental research				
Level	B	Sample size	Outcome measures	Results	
		ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างการวิจัย จำนวน 10 คน	ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ประเมินโดย แบบสอบถาม ความเครียด คิดเปลี่ยนแปลงจาก แบบวัดความวิตกกังวลของสปีดเบอร์ดอร์ และคนอื่น ๆ และแนวความคิดความวิตกกังวลของโรเจอร์		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อขอให้อีวีและผู้ป่วยโรคเอส (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	Outcome measures	Results	Implication
		1.การทดสอบก่อนการทดลอง ประเมิน โดย แบบสอบถาม ความเครียด มีความเครียดตั้งแต่ เฮอร์เซ็นส์ ไทม์ที่ 50 สนิตรใจเข้าร่วมการวิจัยเลือกเป็น กลุ่มตัวอย่าง 2.จะทดสอบ ผู้วิจัยดำเนินการให้ คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบตัวต่อตัว เป็นศูนย์กลาง กับกลุ่มทดลองตาม โปรแกรมที่กำหนดไว้ 3.หลังทดสอบการทดลอง ทดสอบ ความเครียดด้วยแบบสอบถามชุดเดิม และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการ ทางสถิติต่อไป	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวเป็นศูนย์กลาง สามารถลดความเครียด ของสตรีที่มีครรภ์ที่ติดเชื้อ โรคเอดส์ที่มีความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับ บุคคลอื่น ได้มากที่สุด อาจเนื่องมาจากเมื่อ ได้รับ ความรู้สึกออกมาแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาแสดงการยอมรับ อย่างไม่มีเงื่อนไข ทำให้ผู้รับคำปรึกษาสบายใจขึ้น และยัง ได้คิดพิจารณาตนเองและยอมรับ ตนเอง มีความกล้าที่จะบอกสามี บิดา มารดา มากขึ้น ทำให้ความเครียด เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ส่วนความเครียดเกี่ยวกับบุตร ลดลงน้อยสุดอาจเนื่องมาจากความรักความกังวลเกี่ยวกับบุตรมีมาก ถึงแม้ จะเข้าใจและยอมรับแล้ว แต่ก็ยังคงมีความเครียดสูงอยู่ ข้อเสนอแนะใน การวิจัย ควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่านี้ ควร ทำการวิจัยกับประชากรอื่นๆ การมี การติดตามไปจนถึงระยะคลอด และ หลังคลอด การศึกษาครั้งนี้มีประชากรจำกัดเกินไป ไม่เพียงพอที่จะศึกษาตัวแปรด้านอื่นๆ จึงควรเพิ่มจำนวนประชากร ควรมีการศึกษาซ้ำและใช้ ทฤษฎีอื่นร่วมในการศึกษา	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
3.Author	บัดตัน เร็วอรามณ์	Setting	Outcome measures	Intervention	กลุ่มทดลองให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ คนละ 8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและเริ่มต้นให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2 ลดความรู้สึกลึกลับหวงที่จะดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต ครั้งที่ 3 ลดความรู้สึกลึกว่าตนเองไร้ค่า ครั้งที่ 4 ลดความรู้สึกลึกว่าน้อยหน้า ครั้งที่ 5 ลดการแยกตัวออกจากสังคม ครั้งที่ 6 ลดความรู้สึกลึกลับต่อชีวิตไปแต่ละวัน ชีวิตไม่มีจุดหมาย ครั้งที่ 7 ลดความรู้สึกลึกว่าไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และไม่ยอมอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม ครั้งที่ 8 ยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมบท กลุ่มควบคุมให้คำปรึกษาพื้นฐานสุขภาพของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า 1.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ลดลง หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2.ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3.หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางและ ได้รับการให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Year	2540				
Title	ผลของการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์	Population			
Objective	1.เพื่อเปรียบเทียบความท้อแท้ในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง				
Design	Quasi experimental research				
Level	B	Sample size	Outcome measures	Results	
		จำนวน 14 คน แล้วยุ่มอย่างงอีก	ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection		Implication	
		1.ก่อนการทดลอง สัมภาษณ์เกี่ยวกับความท้าทายของการดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามความท้าทายในการดำรงชีวิต แล้วเก็บคะแนนก่อนการทดลอง 2.การดำเนินการทดลอง - กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นรายบุคคล ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง - กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ เป็นรายบุคคล โดยดำเนินการให้คำปรึกษาทางด้านการสุขภาพของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า 3.ภายหลังการทดลอง ผู้วิจัยสัมภาษณ์เกี่ยวกับความท้าทายของการดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามความท้าทายในการ	จากการอ่านงานวิจัย วัดอุปสรรคที่ได้ตอบ โจทย์แบบคลุมเครือไม่ชัดเจน จากวัตถุประสงค์ผู้วิจัยต้องการแสดงให้เห็นว่า การให้คำปรึกษาแบบยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ช่วยลดความท้าทายของกลุ่มทดลองได้ แต่กลับมีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพมาให้กับกลุ่มควบคุม แต่ผลที่ออกมาหรือจากการศึกษาตามโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จากภาคผนวก โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ มีการให้คำปรึกษาลำดับกับการให้คำปรึกษาแบบยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพราะฉะนั้นผลที่ออกมาจึงไม่ชัดเจนว่า การวิจัยนี้ วัดอุปสรรคที่ต้องการสื่อถึงอะไรที่แน่นอน และถ้าการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพได้อยู่แล้ว ต้องนำการให้คำปรึกษาแบบยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มาใช้หรือไม่ และการติดตามผลการให้คำปรึกษาแบบยี่ดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นระยะๆ เช่น ทุก 2 สัปดาห์ หรือทุก 4 สัปดาห์ หรือติดตามไปจนระยะคลอดและหลังคลอด เพื่อศึกษาความยั่งยืนของงานวิจัย	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection			
		ดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการทดลองแล้วเกี่ยวกับความถี่ที่ "ได้รับการสัมภาษณ์" ว่าเป็นคะแนนหลังการทดลอง น่าจะแนบความถี่ที่ "ได้ก่อนและหลังการทดลอง" มาวิเคราะห์ตามวิธีสถิติ		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
4. Author	ศุพาณี เสนสุขกรี	Setting	Outcome measures	Intervention
Year	2541			
Title	ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลต่อระดับความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	Population	คลินิกฝากครรภ์ที่หน่วยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ที่หน่วยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรงพยาบาลราชวิถี Inclusion criteria 1. มีคะแนนแบบวัดภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน 2. มีคะแนนแบบวัดความมีคุณค่าในตัวเองน้อยกว่า 35 คะแนน Exclusion criteria 1. ได้รับคำปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือดแล้ว และทราบผลเลือดไม่เกิน 3 สัปดาห์ 2. ฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี เพียงแห่งเดียว และไม่เคยได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์จากสถานบริการอื่น	
Objective	เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ที่มีต่อระดับความรู้สึกลึกซึ้งในตัวเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ในตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/ที่มีต่อภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี			Results
Design	Quasi Experimental Design			
Level	B			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
	Sample size การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน Outcome measures ตัวแปรตาม ได้แก่คะแนนระดับความรู้ถึงคุณค่าในตัวเองประเมินโดย แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg Self Esteem = RSES) และภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ประเมิน โดยแบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งนำมาจากแบบวัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของซิกมอนด์แอนดส์แนช Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) ของ Zigmond and Snaith (1983)	Results 4.หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนบุคคล มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 Implication หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบผลเลือด ก็จะเกิดความรู้สึกตกใจ กลัวว่าคนอื่นจะรู้ผลเลือดของตน และนำไปเชื่อ ไปติดสามี การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนบุคคล ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกว่ามีคนเข้าใจและยอมรับได้ สามารถพูดคุยในสิ่งที่สงสัย หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความไว้วางใจ และกล้าเปิดเผยความรู้สึกลงในใจ หลังจากเห็นคุณค่าของตัวเองแล้ว ปรับอารมณ์ให้ดีขึ้น เริ่มมองเห็นปัญหาไม่ลงโทษใคร มีอารมณ์ซึมเศร้าลดลงอย่างเห็นได้ชัด ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรนำแบบแผนการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาส่วนบุคคล มาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่รู้ผลเลือดใหม่ ๆ เพื่อช่วยในการปรับตัวยอมรับปัญหาได้ ควรทำแบบวัดระดับความรู้ถึงคุณค่าในตัวเองและแบบวัดภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ในหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้สามารถช่วยเหลือที่เหมาะสมและการส่งต่อ ควรให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือให้มากยิ่งขึ้น ควรติดตามผลต่อเนื่อง ควรศึกษาดัชนีแปร ที่อาจมีอิทธิพลต่อความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตัวเอง และภาวะอารมณ์ซึมเศร้า ควรทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่กว่านี้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication	
		Data collection 1.ระยะก่อนการทดลอง -กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดอาการซึมเศร้า ก่อนการทดลอง 2.ระยะทดลอง - กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นจำนวน 4 ครั้ง ถ้าไม่สามารถตามนัดได้ ก็จะเลื่อนเวลาออกไปแต่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการให้คำปรึกษา ก็ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความมีคุณค่าในตนเอง และแบบวัดอาการซึมเศร้าอีกครั้ง - กลุ่มควบคุม ได้รับการตามปกติของโรงพยาบาล ซึ่งนัดตรวจครรภ์ประมาณ 3-4 สัปดาห์		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
5.Author	บงกช เตนส์สว่าง	Setting	Outcome measures	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Year	2549				
Title	ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	Population			
Objective	เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคลที่มีต่อความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
Design	Quasi Experimental Design				
Level	B	Sample size			

แบบแผนการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยยึดหลักผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง ผสมกับรูปแบบการให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที ติดต่อกันเป็นจำนวน 4 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการ

- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดี ร่วมมือต่อการให้คำปรึกษา และสร้างในตัวเอง จะทำให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการเปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริง
- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าใจถึงขอบเขต และวิธีการดำเนินการให้คำปรึกษา
- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทราบถึงบทบาทของผู้วิจัย และข้อตกลงร่วมกันของกระบวนการให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการช่วยเหลือ

- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าใจความคิดและอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง เกี่ยวกับ การเปิดเผยการติดเชื้อ เอชไอวี ที่เข้มแข็ง สามารถมองปัญหาที่เกิดขึ้นรอบมามีเหตุผล มีแนวทางแก้ปัญหาที่ตนเองคิดว่าดีที่สุดที่มีประโยชน์มากที่สุด มีผลเสียหรือผลกระทบต่างๆน้อยที่สุด
- เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวทางชัดเจน ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ การเปิดเผยการติดเชื้อกับบุคคลอื่น มองเห็นได้ว่าใครคือบุคคลแรกที่จะเปิดเผย เปิดเผยเมื่อไร และอย่างไร เข้าใจปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลนั้น และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาวิทยุชุมชนเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures ตัวแปรตาม ได้แก่ ความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อ กับบุคคลในครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมิน โดย แบบประเมินความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี	Intervention	- เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี มีความพร้อม มีกำลังใจ และมีทักษะในการเปิดเผยการติดเชื้อ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง มองเห็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ของตนเองภายหลังการตัดสินใจเปิดเผยหรือไม่เปิดเผย ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลและการจัดการให้บริการ ให้คำปรึกษา - เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี ได้พบทวนการสนทนา สรุปลการตัดสินใจและแนวทางการปฏิบัติต่างๆ ตามที่ตัดสินใจเลือกการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี
	Data collection ระยะก่อนการทดลอง -คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความพร้อม ในการเปิดเผยการติดเชื้อของหญิง 2 ส่วนตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี ระยะทดลอง -ให้คำปรึกษาแบบแผนการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-50 นาที ติดต่อกันเป็นจำนวน 4 ครั้ง ถ้าไม่ว่าง เลื่อนออกไปแต่ไม่เกิน 2 สัปดาห์ ระยะหลังการทดลอง -กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลการเปิดเผยการติดเชื้อ และทำแบบประเมินทั้ง 2 ส่วน	Results	- เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี ได้ช้กลั่นกรองข้อสงสัย หรือข้อข้องใจที่ยังไม่กระจ่างชัด และทบทวนทักษะที่สำคัญ มีความเฉพาะเจาะจงที่ได้ฝึกปฏิบัติมาเป็นพิเศษ ก่อนการนำไปปฏิบัติจริง หรือนำไปแก้ปัญหาให้ตัวเองในอนาคตเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี ได้ทราบถึงการเข้าถึงระบบบริการ ให้คำปรึกษาเมื่อต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุน หรือส่งต่อ เช่น ในกรณีที่ยังไม่สามารถดำเนินการเปิดเผยการติดเชื้อ หรือในกรณีที่มีผลกระทบ จากการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี หญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี เมื่อได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารายบุคคล มีความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลในครอบครัว ทั้งในส่วนการรับรู้ต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์เชื้อเอชไอวี สูงกว่าก่อนได้รับการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
	Data collection	รวบรวมข้อมูลเพื่อนำวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	Implication
			หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี เข้าใจปัญหาที่แท้จริงที่เป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยการติดเชื้อ แต่มีบางคนไม่สามารถตัดสินใจได้ชัดเจน การให้คำปรึกษาก็จะมีขั้นตอนในการช่วยสำรวจทางเลือก โดยให้ยืมบริบทของหญิงตั้งครรภ์แต่ละคนเป็นศูนย์กลาง ข้อเสนอแนะจากการศึกษางานวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดี่ยวเปรียบเทียบกับก่อน-หลัง เห็นผลชัดเจนว่าหลัง Intervention หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี มีความพร้อมในการเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวีกับบุคคลในครอบครัว ถ้า Design งานวิจัยให้กลุ่มควบคุมจะทำให้งานวิจัยดูน่าเชื่อถือมากขึ้น และน่าจะมีการติดตามผลว่าเมื่อมีความพร้อมแล้ว เข้าใจวิธีการที่จะเปิดเผยผลเลือดแล้ว สามารถนำไปใช้จริงได้มากน้อยแค่ไหน และมีผลกระทบอย่างไรบ้างเมื่อเปิดเผยไปแล้ว

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
6. Author	เบญจพร มงคลธง	Setting	Outcome measures	Intervention	โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ทดลอง 8 สัปดาห์ กับอาสาสมัคร 5 วัน วันละ 4 คน คนละ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและเริ่มต้นให้คำปรึกษา ครั้งที่ 2-4 การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียด เกี่ยวกับสภาพร่างกาย ครั้งที่ 5-6 การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครั้งที่ 7-8 การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับการรักษาอาการของโรคเอดส์ ครั้งที่ 9-11 ให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดเกี่ยวกับงานและฐานะทางเศรษฐกิจ ครั้งที่ 12 การยุติการให้คำปรึกษาและปัจฉิมนิเทศ 1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความเครียดลดลง หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2. ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีความเครียดลดลง หลังจากไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 3. ผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง มีความเครียดลดลงมากกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
Year	2550	Population			
Title	ผลของการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางเพื่อลดความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ใน โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1 กรุงเทพมหานคร				
Objective	1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง 2. เปรียบเทียบความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ก่อนและหลังไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง 3. เปรียบเทียบความเครียดของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง				
Design	Quasi Experimental Design				

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
Level	B			Implication	จากการศึกษางานวิจัยพบว่าแม้ว่าไม่มีโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ความเครียดใน ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถลดลง ทำให้มอง ได้ว่างานวิจัยนี้เป็นหรือ ไม่ ควรนำไปใช้หรือไม่ เพราะถ้าไม่ทำอะไรเลยผู้ติดเชื้อเอดส์ ก็สามารถปรับตัวเองได้ เรื่องที่ส่งผลกระทบต่อ ทดลองทั้งหมด 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 4 คน คนละ 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 45 นาที จำนวนแล้วน่าจะได้รับการปรึกษาคนละ 8 ครั้ง แต่จากการศึกษาไปโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลแบบยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลาง ในภาคผนวก ทดลองทั้งหมด 12 ครั้ง ทำให้สืบสน ควรศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำงานวิจัยนี้ไปใช้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
7.Author	ทัศน โพยงค์	Setting	Population	Intervention	การบริการจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส ผู้วิจัยให้คำปรึกษาด้วยตนเอง รายละ 7 ครั้งๆประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ หรือปรับตามสถานการณ์ โดยผู้ติดเชื้อที่ได้รับการบริการรวมทั้งสิ้นรายละ 10 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการบริการในครั้งที่ 1 ครั้งที่ 4 ครั้งที่ 7 ให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ตอบแบบประเมินการบริการเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี กระบวนการให้คำปรึกษา ขั้นที่ 1 1.เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพและบรรยากาศที่มีความอบอุ่นเป็นมิตรไว้วางใจ และการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข 2.เพื่อให้ทราบทิศทางการทำงาน ขั้นที่ 2 - เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้สำรวจตนเอง ในบรรยากาศที่มีความอบอุ่น มีการยอมรับและไว้วางใจ ขั้นที่ 3 1.เพื่อสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการแสดงออกอย่างอิสระมากขึ้น 2.เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้เริ่มที่จะตระหนักถึงความไม่สอดคล้องระหว่างความคิดหรือการรับรู้ของตนเองกับประสบการณ์เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้กระจำชัด ในเรื่องที่ป็นปัญหาที่แท้จริง ขั้นที่ 4 1.เพื่อให้ผู้มาปรึกษาไว้วางใจ และมีการยอมรับความรู้สึกของตนเองมากขึ้น 2.เพื่อให้ผู้มาปรึกษาได้ชัดเจนกับความไม่สอดคล้อง ระหว่าง โครงสร้าง
Year	2546				
Title	ผลของการบริการเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
Objective	1. เพื่อศึกษาผลของการบริการเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี				
	2. เพื่อศึกษาการประเมินผลการบริการเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในด้านการฝึกซึ่ง ความรอบรู้ ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกลึกซึ้งตัวจากการบริการเชิงจิตวิทยาในระยะแรกจนจบการบริการภายใน 3 ช่วง	Sample size	กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 36 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 2 กลุ่มละ 12 คน ด้วยวิธีการความสมัครใจ และด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย		
Design	Quasi Experimental Design	Outcome measures	ตัวแปรตาม ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตัวเอง ประเมินโดย แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยพิจารณาจากแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (Self – Esteem Inventory – Adult Form, 1967) ที่		
Level	B				

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Outcome measures		Intervention	
	Outcome measures	ชวนพิศ สันติโรจน์ประไพ(2534) จิรนากู ชิงก์คัมภล(2544) และวีชนีชัย แก้วคำศรี (2545) ได้พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบ ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกล้นตัว <u>ระยะก่อนการทดลอง</u> ประเมินแบบวัดคุณค่าของตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 36 คน และคัดเลือกกลุ่มวิจัย 36 คน <u>ระยะทดลอง</u> กลุ่มควบคุมแบ่ง 2 กลุ่ม - กลุ่มที่ 1 "ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แต่ได้พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพความเป็นอยู่ และจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์" - กลุ่มที่ 2 "ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพ แต่ได้รับความรู้จาก เจ้าหน้าที่วัดพระบาทนพ" - กลุ่มทดลอง จะได้รับการปรึกษาจิตวิทยาแบบรายบุคคลตามแนวโรเจอร์ส		ตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ขอบรับความรู้สึกละเอียด ประสพการณ์ที่เป็นจริงมากขึ้น มองโลกในแง่ดีขึ้น <u>ขั้นที่ 5</u> 1. เพื่อเกิดความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการแก้ปัญหา 2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาพบทางเลือกในการแก้ปัญหา <u>ขั้นที่ 6</u> 1. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาพบความสอดคล้อง ระหว่างความคิดเกี่ยวกับตนเองกับประสบการณ์ที่เป็นจริง 2. เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเปิดตนเองสามารถรับรู้ข้อมูลใหม่ได้มากขึ้น <u>ขั้นที่ 7</u> - เพื่อให้ผู้มาปรึกษาเกิดความรับผิดชอบตนเอง อย่างแท้จริงรับรู้ตนตามความเป็นจริง กลุ่มควบคุมแบ่ง 2 กลุ่ม - กลุ่มที่ 1 "ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แต่ได้พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพความเป็นอยู่ และจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์" - กลุ่มที่ 2 "ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพ แต่ได้รับความรู้จาก เจ้าหน้าที่วัดพระบาทนพ" - เมื่อสิ้นสุดการทดลองและประเมินในระยะเวลาตามผลแล้ว ผู้วิจัยจะให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มควบคุม 2
	Data collection			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Data collection	Intervention/ Results/ Implication
	ระยะหลังการทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบวัดการเห็นคุณค่าของตนเอง และประเมินซ้ำในระบะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อสิ้นสุดการทดลองและประเมินในระบะติดตามผลแล้ว ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองแก่กลุ่มควบคุม 2	Results	- หลังการทดลองและระบะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ 1. ระยะหลังการทดลอง ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 2. ระบะติดตามผล ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล มีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้ารับการปรึกษาเชิงจิตวิทยาและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 3. การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม ในระบะหลังการทดลอง และระบะติดตามผล ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง - คะแนนการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความลึกซึ้ง ความราบรื่น ความรู้สึกทางบวก และความรู้สึกตื่นตัว จากระยะแรกจนถึงสิ้นสุดการปรึกษา 1. ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยามีความลึกซึ้งและความราบรื่น เกิดความรู้สึกทางบวกและความรู้ตื่นตัว ในช่วงที่ 3 มากกว่าช่วงที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 2. ในมิติของการประเมินผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยารับรู้ว่าการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ในช่วงที่ 3 มีความลึกซึ้งมากกว่า ช่วงที่ 1 ($p < .01$) และในช่วงที่ 2 มีความลึกซึ้งมากกว่า ช่วงที่ 1 ($p < .05$) ในช่วงที่ 3 มีความราบรื่นมากกว่า ช่วงที่ 1 และช่วงที่ 2 ($p < .01$) 3. ในมิติของอารมณ์ความรู้สึก หลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ในช่วงที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความรู้สึกทางบวกมากกว่า ช่วงที่ 1 ($p < .01$) และ

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
		มากกว่าช่วงที่ 2 ($p < .05$) และหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาในช่วงที่ 3 มีความรู้ที่ตนมากกว่า ช่วงที่ 1 ($p < .01$) การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ในกลุ่มทดลอง ที่มีการพูดคุย และสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า การปรึกษาเชิงจิตวิทยามีผลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ให้ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี มีการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นจากการศึกษางานวิจัย มีกลุ่มควบคุม 2 กลุ่ม พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างจากระยะก่อนการทดลอง ทั้งๆ ที่การให้ Intervention ต่างกัน เนื่องจากกลุ่มควบคุมที่ 1 "ไม่ได้รับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา แต่ได้พูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพ ความเป็นอยู่ และจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์" กลุ่มควบคุมที่ 2 "ไม่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์และการดูแลสุขภาพ แต่ได้รับความรู้จาก เจ้าหน้าที่วัดพระบาทนพ งานวิจัยนี้สื่อให้เข้าใจว่า แม้แต่การให้ Intervention บ้างในกลุ่มควบคุมที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างยังไม่ดีขึ้น แต่เมื่อหลังการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคล ตามแนวโรเจอร์สกลุ่มทดลองมีคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่า ก่อนเข้ารับการรักษาและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม ข้อดีอีกอย่างหนึ่งพบคือมีการประเมินผลทุกระยะในการให้ Intervention เสนอแนะว่า น่าจะมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อความยั่งยืนและนำข้อดีของวิจัยนี้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
8.Author	สิริพร เพชรงาม	Setting	Outcome measures	Intervention	
Year	2545	Population	Inclusion criteria		
Title	ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่มต่อความเครียดในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี		เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชลบุรี ได้รับ การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ระยะ "ไม่ปรากฏอาการ และ"ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ วัดค่าความถี่ตัวของกล้ามเนื้อ เพื่อการระดับความเครียดด้วยเครื่อง EMG biofeedback ที่มีค่าระดับความเครียด สูง ตั้งแต่ 3 mv ขึ้นไป		กลุ่มทดลองที่ 1 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ ผู้ให้คำปรึกษาพบผู้ให้คำปรึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที
Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และแบบกลุ่มที่มีภาวะความเครียดในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี				ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ครั้งที่ 2 การยอมรับซึ่งกันและกัน ครั้งที่ 3 การกล้าเปิดเผยตนเอง ครั้งที่ 4-9 กระบวนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวโรเจอร์
Design	Quasi Experimental Design				กลุ่มทดลองที่ 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษารายกลุ่มตามทฤษฎีโรเจอร์ ผู้ให้คำปรึกษาพบผู้ให้คำปรึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 10 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมงครึ่ง
Level	B	Sample size			ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ครั้งที่ 2 การยอมรับซึ่งกันและกัน ครั้งที่ 3 การกล้าเปิดเผยตนเอง ครั้งที่ 4-9 กระบวนการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเครียดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแนวโรเจอร์
		Outcome measures	Results		ครั้งที่ 10 การยุติการให้คำปรึกษา
			ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียด ประเมินโดย เครื่อง EMG biofeedback ชนิด autogenic At 33		กลุ่มควบคุม ให้คำปรึกษาด้านแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลชลบุรี 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดต่ำกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เปราะบาง (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	Outcome measures	Results	
		ก่อนการทดลอง ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัดค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ เพื่อค่าระดับความเครียดด้วยเครื่อง EMG biofeedback ที่มีค่าระดับความเครียดสูงตั้งแต่ 3 mv ขึ้นไป สอบถามความสนใจ จำนวน 15 คน โดยสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็น 3 กลุ่มละ 5 คน <u>ระยะทดลอง</u> - กลุ่มทดลองที่ 1 ให้การให้คำปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีโรเจอร์ - กลุ่มทดลองที่ 2 ให้การให้คำปรึกษารายกลุ่มตามทฤษฎีโรเจอร์ - กลุ่มควบคุม ให้คำปรึกษาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลชลบุรี <u>ระยะหลังการทดลอง</u> หลังยุติการให้คำปรึกษา เก็บข้อมูลโดยการวัดระดับความเครียดด้วยเครื่อง EMG biofeedback ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มมีระดับความเครียดต่ำกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มควบคุมในระยะเวลาทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล มีระดับความเครียดระยะทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล มีระดับความเครียดระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคล มีระดับความเครียดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน 6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม มีระดับความเครียดระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม มีระดับความเครียดระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 8. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม มีระดับความเครียดระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	ระบะติติตามผล หลังการทดลองสิ้นสุด ถึงช่วง 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูล โดยการวัดระดับ ความเครียดด้วยเครื่อง EMG biofeedback กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม	Implication	การให้คำปรึกษารายบุคคล และกลุ่ม ได้มีโอกาสในการระบบความรู้สึกรู้สึกนึกคิด ความเครียด ความทุกข์ที่ต้องเผชิญ และได้รับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ผ่อนคลายความทุกข์ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางสร้างสรรค์ ข้อเสนอแนะในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์มาใช้ นับว่าแตกต่างจากเครื่องมือในการวิจัยอื่นที่วัดโดยความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ถ้าเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ ก็ถือเป็นทางเลือกอีกชนิดหนึ่งที่น่าสนใจ และสามารถนำไปใช้ได้ แต่ควรศึกษาเครื่องมือให้จำนวนก่อนนำไปใช้ และควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)
รูปแบบที่ 2 การให้คำปรึกษารายบุคคลแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของกลาสเชอร์ และ ตามแนวความคิดการปรับตัวของรอยด์ จำนวน 2 เรื่อง

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
9.Author	วิไลวรรณ พันธุไชย	Setting	Outcome measures	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Year	2540	Population	Inclusion criteria มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของกลาสเชอร์ กลุ่มทดลอง ได้รับการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง เป็นรายบุคคลและ 6-7 ครั้งๆ ละ 45 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์
Title	ผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น		Exclusion criteria มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ
Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริงต่อการปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น		มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 2 ทบทวนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อ เอช ไอวี
Design	Quasi Experimental Design		มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 3 การปรับตัวด้านจิตใจและสังคม
Level	B		มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 4 สำรวจพฤติกรรมการปรับตัว ของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และ การประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม
			มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 5 การวางแผนและสร้างสัญญาณปฏิบัติ
			มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 6 ติดตามผลการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม
			มารดาที่ติดเชื้อ HIV อยู่ระหว่าง 20-45 ปี		ครั้งที่ 7 การยุติการให้คำปรึกษา

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures ตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับตัวในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดยแบบสัมภาษณ์การปรับตัว ดัดแปลงมาจากแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) Data collection <u>ก่อนการทดลอง</u> ใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัว ดัดแปลงมาจากแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) <u>ระยะทดลอง</u> - กลุ่มทดลอง ให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ - กลุ่มควบคุม ให้คำปรึกษาแบบปกติ <u>หลังการทดลอง</u> ใช้แบบสัมภาษณ์การปรับตัว ดัดแปลงมาจากแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) และนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ	Results 1. มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีคะแนนการปรับตัวสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2. มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการปรับตัวด้านความต้องการการทรงกายสูงกว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้าวสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่สูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 5. มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกันสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Implication มารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบเผชิญความจริง มีการปรับตัวสูงกว่ามารดาติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับคำปรึกษาแบบปกติ มีทั้งการปรับตัวด้านความต้องการการทรงกาย การปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้าว การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ข้อเสนอแนะจากการศึกษางานวิจัย ใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง (Reality Counseling) ของ วิลเลียม กลาสเซอร์ นับว่าเป็นงานวิจัยที่

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Implication	Intervention/ Results/ Implication
			น่าสนใจ แต่รายละเอียดของตัวโปรแกรมแยกแยะรายละเอียดไว้น้อย ถ้าสนใจจะนำไปใช้ต้องศึกษาเพิ่มเติม และควรมีการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากกว่านี้ ควรทำการวิจัยกับประชากรอื่นๆ ควรมีการติดตามต่อเนื่อง เพื่อศึกษาความยั่งยืนของงานวิจัย

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention	Intervention/ Results/ Implication
10. Author	การณย์ หงษ์กา	Setting	Outcome measures	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
Year	2545	Population	Inclusion criteria		
Title	การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงที่มีต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี		ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเริ่มปรากฏอาการ ที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 59 คน		โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง สร้างโปรแกรมแนวความคิดการปรับตัวของรอย กำหนดไว้ 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง แต่ละคนได้รับการให้คำปรึกษาคงละ 6 ครั้ง ตามวัน-เวลาที่กำหนดไว้
Objective	เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระยะเริ่มปรากฏอาการ โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนกับการหลังการได้รับการปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง/เปรียบเทียบ ก่อนกับการหลังการได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง/เปรียบเทียบ หลังการได้รับการปรึกษาเป็นกลุ่มตามทฤษฎีเผชิญความจริง กับหลังการได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง	Sample size	ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายจากกลุ่มประชากร ได้จำนวน 14 คน แล้วจับสลาก แบ่งกลุ่มอีกครั้ง เป็นกลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 7 คน		1. การสร้างสัมพันธภาพและเริ่มต้นให้คำปรึกษา 2. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวร่างกายที่ไม่เหมาะสม 3. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้าวที่ไม่เหมาะสม - คิดตามสัญญาณแก้ไขพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายที่ไม่เหมาะสม 4. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวแบบบทบาทที่ไม่เหมาะสม - คิดตามสัญญาณแก้ไขพฤติกรรมการปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้าวที่ไม่เหมาะสม 5. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม - คิดตามสัญญาณแก้ไขพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทที่ไม่เหมาะสม 6. การติดตามผลการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอารมณ์โน้มน้าว ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาผู้อื่น ตามสัญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
Design	Quasi Experimental Design	Data collection	ก่อนการทดลอง ผู้วิจัย ให้กลุ่มทดลองที่ 1 และ กลุ่มทดลองที่ 2 ตอบแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัว เก็บไว้เป็นคะแนนก่อน		- การจัดการให้คำปรึกษา

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
Level	B	Data collection	Outcome measures	Intervention	Intervention/ Results/ Implication
		การทดลอง แบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ 1 โปรแกรมการ ปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญ ความจริง และกลุ่มทดลองที่ 2 โปรแกรมการปรึกษารายบุคคล ตามทฤษฎีเผชิญความจริง หลังการทดลอง ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตอบแบบวัด พฤติกรรมการปรับตัว นับแต่เวลาที่ ทำการทดลองนำคะแนน ไป วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ			โปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง สร้างโปรแกรมตามแนวทางการปรับตัวของรอย กำหนดไว้ 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง ตามวัน - เวลาที่กำหนดไว้ 1. การสร้างสัมพันธภาพและเริ่มต้นให้คำปรึกษา 2. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายที่ไม่เหมาะสม 3. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้าวที่ไม่ เหมาะสม - ติดตามสัญญาณชีพพฤติกรรมการปรับตัวด้าน ร่างกายที่ไม่เหมาะสม 4. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทที่ไม่เหมาะสม - ติดตามสัญญาณชีพพฤติกรรมการปรับตัว ด้านอารมณ์โน้มน้าวที่ไม่เหมาะสม 5. การสำรวจพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกันที่ ไม่เหมาะสม - ติดตามสัญญาณชีพพฤติกรรมการปรับตัวด้าน บทบาทที่ไม่เหมาะสม 6. การติดตามผลการปรับตัวด้านร่างกายด้านอารมณ์โน้มน้าว ด้านบทบาทที่ ด้านการพึ่งพาพึ่งกัน ตามสัญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี - การยุติการให้คำปรึกษา

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
		Results 1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยน โดยรวมหลังการให้คำปรึกษาดังขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านทัศนคติ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาตัวเอง หลังการให้คำปรึกษา ดั้งเดิมก่อนการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนโดยรวมหลังการให้คำปรึกษาดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการพึ่งพาตัวเอง หลังการให้คำปรึกษา ดั้งเดิมก่อนการให้คำปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนด้านบทบาทหน้าที่ ไม่สามารถเปรียบเทียบพฤติกรรมปรับเปลี่ยนได้ 6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเริ่มปรากฏอาการ ที่ได้รับการปรึกษาแบบกลุ่ม ตามทฤษฎีสุขภาพจิตจริง มีพฤติกรรมปรับเปลี่ยนโดยรวมหลังการให้คำปรึกษาดังขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

รูปแบบที่ 3 Cognitive coping intervention โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman/ออลิส/ Beck จำนวน 4 เรื่อง

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
11.Author	Jose' K Co' te' PhD:Carolyn Pepler PhD	Setting	Population	Intervention Cognitive coping intervention โดยใช้ทฤษฎีการปรับตัวของ Lazarus and Folkman ให้การพยาบาลดำเนินการ 3 วันติดต่อกัน ในเวลากลางวัน ใช้เวลา 20-30 นาที โดยโครงสร้างการให้การพยาบาล สิ่งสำคัญอันดับแรกคือการสร้างความสัมพันธ์กับคนไข้ และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมพยาบาลจะสามารถให้ผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ ที่เฉพาะเจาะจง ประสบการณ์ความตึงเครียดที่กำลังดำเนินอยู่นั้น คนไข้จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการเป็นอยู่ ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน และการของตนเอง 1. ส่วนแรกคือแนะนำทฤษฎีการรับรู้ความคิด 2. ส่วนที่สองถูกนำมาเพื่อขยายภาพประกอบตามประสบการณ์ความชำนาญจะประยุกต์ได้อยู่ในสถานการณ์ต่างๆ 3. ส่วนสุดท้ายที่สังเกตเห็นคือการรวมความชำนาญการปรับตัว โดยให้คนไข้สามารถนำไปใช้ได้ ถึงแม้ว่าเส้นแบ่งเขตบางครั้งซ้อนกันระหว่างการพัฒนาและความชำนาญที่ทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้น โดยทั่วไปพยาบาลสามารถหยิบยื่นตอนดังต่อไปนี้มาใช้ได้ • กระตุ้นคนไข้ให้บรรยายวิธีการของเขที่มีความรู้ลึก • เกี่ยวกับการเป็นอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันของเขา • นำพาเขาที่เกิดขึ้น ระงับวิถีคิดของเขา ให้มีอารมณ์ในการ "ไกล่เกลี่ย" เหตุการณ์ต่างๆ • ช่วยเขาที่จะพัฒนาความสามารถที่จะสังเกตเห็น "ไม่" ได้ช่วยคิด • นำพาเขาในการแก้ไขความคิดของเขา โดยการคุยแบบเป็นกันเองและสร้างสรรค์
Year	2005		Inclusion criteria	
Title	Cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men		ผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งถูกนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขณะมีอาการหนัก	
Objective	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพัฒนาทางด้านอารมณ์ มีทักษะในการปรับตัว มีการจัดระเบียบทางด้านอารมณ์ที่เหมาะสม ต่ออาการของร่างกาย	Sample size	การทดลองเป็นแบบกลุ่มตัวอย่าง มีกลุ่มควบคุมคือผู้ติดเชื้อเอชไอวี 90 คน	
Design	Randomized controlled trial	Outcome measures	ตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับความคิด ประเมิน โดย แบบประเมินการปรับความคิดของ Mc Gill	
Level	A	Data collection	ก่อนการทดลอง การทดลองเป็นแบบสุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 90 คนซึ่งถูกนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขณะมีอาการหนักขึ้น ประเมิน โดย แบบประเมินการปรับความคิดของ Mc Gill	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	รายละเอียด การทดลอง ให้คำปรึกษาแบบ รายบุคคล Cognitive coping intervention ระยะหลังทดลอง หลังการทดลอง ประเมินโดย แบบ ประเมินการปรับความคิดของ Mc Gill	Results	Implication
			• ช่วยเขาที่จะสร้างความคิดว่าสิ่งนั้นมากกว่าจะช่วยเหลือเขา และสิ่งนั้นทำให้เขามีอารมณ์ที่เป็นลบ • สนับสนุนและให้เสริมแรงการปรับความคิดเพื่อการปรับตัวของเขา ผลลัพธ์จากการทดลอง โดยกลุ่มนั้น มีนัยสำคัญทางสถิติ(Cote & Pepler 2002) แต่ผลลัพธ์เกี่ยวกับคุณภาพ หรือลักษณะของสถานการณ์ของผู้ป่วย จะมีการตอบสนองทางคลินิกในการให้การพยาบาลแบบตรงประเด็น การบันทึกอาการทางคลินิกจากการสังเกตนั้นคือตัวแปรสำคัญในกระบวนการ การปรับตัวของผู้ป่วย จากการบันทึกของผู้ป่วยหลายคน เขารู้สึกเข้มแข็งกว่าในกลุ่มควบคุม แต่เมื่อเขารู้สึกถึงสิ่งที่เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้น และสิ่งนั้นจะเป็นประโยชน์สำหรับตัวเขาเองเพื่อใช้ในการประเมินสถานการณ์ โรคของเขา และเขาจะรู้สึกดีขึ้นมากกว่าเมื่อสามารถรู้เกี่ยวกับวิวัฒนาการของสภาวะการเจ็บป่วยของตัวเอง จากการอ่านงานวิจัยพบว่า ผลกระทบของความรู้สึกลึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการรับคำปรึกษา มีความสัมพันธ์กับการและสภาวะการเจ็บป่วยของเขา การรักษาสถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมามีความเกี่ยวข้องกันอย่างมากกับการปรับเปลี่ยนทางจิตวิทยา(Reed et al. 1993, Griffin & Rabkin 1998). Griffin and Rabkin (1998) จากการให้แนะนำในกลุ่มทดลอง โดยให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มีความสำคัญเป็นอย่างมากทำให้คำปรึกษาทางสุขภาพทางกายภาพอย่างเดียว การให้การพยาบาล Greenberg และSafra's (1987) สามารถประมวลผลรวมสามกระบวนการ คือ การบอกของความรู้สึกลึก ความรู้สึกนึกคิด และการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกลึกเป็นในทางบวก บางครั้งจะต้องต่อสู้กับความ	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication	
		Implication	
		สัมฤทธิ์ผลในการรักษา แต่ความสำคัญอย่างแรกที่จะทำให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ และจะต้องควบคุมการตอบสนองต่ออารมณ์ของเขา คือการปรับความคิดเพื่อปรับตัว สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้พยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้อธิบายขั้นตอนของ Cognitive coping intervention ได้ชัดเจน และเน้นหลักการนำไปใช้ได้ดีมาก สามารถนำไปใช้ได้ แต่การอธิบายผล และขั้นตอนการเก็บข้อมูลไม่ชัดเจน ถ้าสนใจจะนำไปใช้ควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
12. Author	นำทิพย์ เพ็ชรดี	Setting	คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลพรตวันเวชธานี กรุงเทพมหานคร	Intervention	1. โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ จัดให้ปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ทุกวันพุธ ติดต่อกันเป็นเวลา 8 ครั้ง 8 สัปดาห์
Year	2544	Population	Inclusion criteria หญิงตั้งครรภ์ ติดเชื้อเอชไอวีแล้วเดือนเป็นบวกไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง อายุครรภ์ 4-28 สัปดาห์ ดอนแบบประเมินการปรับตัว คะแนน ตั้งแต่ 73 คะแนนลงมา		ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 2 การสร้างสัมพันธภาพ และตรวจสอบทัศนคติ ของหญิงตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 3 นำเข้าการวิเคราะห์พฤติกรรมในรูปแบบ ABCDE ของเออลิสส์ ใช้เวลา 50 นาที
Title	ผลของการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามที่มีต่อการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี		Exclusion criteria ไม่มีความประสงค์จะทำแท้ง ไม่ปรากฏอาการ เข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจร่วมวิจัย		A คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น B คือ ความเชื่อ C คือ การวิจารณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล D คือ การคิดวิจารณ์ ความคิดหรือความเชื่อที่ไร้เหตุผล E คือ ผลที่ตามมาจากการวิจารณ์ ความคิดที่ไร้เหตุผลของตนเอง
Objective	เพื่อเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามของโรงพยาบาล/	Sample size	นำมาสุ่มอย่างง่าย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน แบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน		ครั้งที่ 4 ฝึกการวิเคราะห์ทฤษฎี ABCDE ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 5 นำเข้าสู่ลักษณะความคิดที่มีเหตุผลและไม่เหตุผล 11 ข้อ ของเออลิสส์
Design	เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์/เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามของโรงพยาบาล	Outcome measures	ตัวแปรตาม ได้แก่ การปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประเมินโดย แบบประเมินการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ		ครั้งที่ 6-7 การนำทฤษฎี ABCDE มาใช้ในชีวิตประจำวัน ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 8 ปฐมนิเทศและยุติการให้คำปรึกษา
Level	B				2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนาม จัดให้ปรึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที ทุกวันพุธ ติดต่อกันเป็นเวลา 8 ครั้ง 8 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 30 นาที ครั้งที่ 2 สร้างสัมพันธภาพและสำรวจปัญหา ใช้เวลา 50 นาที

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Outcome measures	Outcome measures	Intervention	Results
	Data collection	เอชไอวี ซึ่งใช้กรอบแนวความคิดการปรับตัวของรอยด์ ก่อนการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติที่ให้ไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์รวบรวมข้อมูลครั้งแรกก่อนการทดลอง (Pre-test) เลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 คน มีค่าคะแนนการปรับตัว ตั้งแต่ 73 คะแนนลงมา แล้วแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ระยะทดลอง - กลุ่มทดลองที่ 1 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ - กลุ่มทดลองที่ 2 ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนามตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น	ครั้งที่ 3 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองเมื่อติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 4 การปรับตัวทางจิตใจและอารมณ์ ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 5-6 สำรวจความต้องการของผู้รับคำปรึกษาและหาแนวทางแก้ปัญหา ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 7 ประเมินผลการแก้ปัญหา และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 8 ปัจจัยนิमितและพฤติกรรมในการให้คำปรึกษา 1.หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์มีการปรับตัวดีกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2.หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีการปรับตัวดีกว่าก่อนการได้รับการปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผลและอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3.หลังการทดลองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีการปรับตัวดีกว่าก่อนการได้รับการปรึกษาในคลินิกนิรนาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคลากรเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	ระยะหลังทดลอง ให้ที่แบบประเมินการปรับตัวทั้ง 2 กลุ่ม (Post-test) นำคะแนนที่ได้มา วิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ	Implication	การให้คำปรึกษาในคลินิกนิรนาม ก็สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ เอชไอวี มีการปรับตัวดีขึ้นระดับหนึ่ง แต่ดำเนินการให้คำปรึกษาแบบ พิจารณาเหตุผลและอารมณ์มาใช้ ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และควรทำต่อเนื่อง และ ทดลองในกลุ่มอื่นที่มีปัญหาต่อการปรับตัว ในการทดลองนี้ก็จะให้ผล การทดลองชัดเจนมากขึ้นควรมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการ ทดลองทั้ง 2 กลุ่ม หลังให้การบำบัด

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
13.Author	ณัฐนันท์ ใจตรง	Setting	Outcome measures	Intervention
Year	2540	Population	Inclusion criteria เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ตรวจเลือดเป็นบวก ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง	การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ใช้เวลา 60 นาที มีวัตถุประสงค์ดังนี้
Title	ผลการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลนฤมิตร	Exclusion criteria อายุ 15-60 ปี เข้าใจภาษาไทยและภาษาท้องถิ่น ไม่แสดงอาการ อันติเข้าร่วมวิจัย		1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ 2. เพื่อให้มีทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง และป้องกันการติดเชื้อสู่บุคคลอื่น 3. เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม
Objective	เพื่อเปรียบเทียบความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม/เปรียบเทียบ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้คำปรึกษา	Sample size เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 ราย จัดลำดับตามการมารับบริการ เลขที่กลุ่มควบคุม เลขที่กลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน		1. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ หลังการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
Design	Quasi Experimental Design	Outcome measures	ตัวแปรตาม ได้แก่ - ความหวัง ประเมินโดยแบบวัดความหวัง ได้สร้างขึ้นตามทฤษฎีการสร้างความหวังของเบค (Beck) - ความวิตกกังวล ประเมินโดยแบบวัดความวิตกกังวล ดัดแปลงมาจาก	ระยะในการทดลองทั้ง 2 ครั้ง ไม่ชัดเจนว่าห่างกันเท่าไร การนำเสนอการให้คำปรึกษารายบุคคล ต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ไม่มีวิธีการที่ชัดเจนที่จะนำมาใช้ได้ ถ้าสนใจจะนำไปใช้ ต้องศึกษาเพิ่มเติม ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรมีการศึกษาในเรื่อง
Level	B			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication	
	Outcome measures สไปต์เบอร์เจอร์ - ความเข้มแข็ง ประเมินโดยแบบวัด ความเข้มแข็ง คัดแปลงจาก แบบ วัดความเข้มแข็งของเบค - การดูแลตนเองประเมินโดย แบบสอบถาม ดัดแปลงจากแบบ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของ สม จิต หนูเจริญกุล ซึ่งดัดแปลงมาจาก ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม		เดียวกัน โดยติดตามผลในระยะยาว และควรรีบทบทวนว่าสถานะแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความเข้มแข็ง และการดูแลตนเองหรือไม่
	Data collection <u>ระยะที่ 1</u> - กลุ่มควบคุม แจกเอกสารการปฏิบัติ ตัวความรู้เรื่องโรคเอดส์ วัด ความหวัง ความวิตกกังวล ความ เข้มแข็ง และการดูแลตนเอง - กลุ่มทดลอง แจกเอกสารการปฏิบัติ ตัวความรู้เรื่องโรคเอดส์ วัด ความหวัง ความวิตกกังวล ความ เข้มแข็ง และการดูแลตนเอง ให้ คำปรึกษารายบุคคลใช้เวลา 60 นาที		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection			
		ระยะที่ 2 - กลุ่มควบคุม วัดความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง - กลุ่มทดลอง ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลใช้เวลา 60 นาที วัดความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเอง ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลใช้เวลา 60 นาที		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
14.Author	ศิริวิฑ์ คำะดี	Setting	Outcome measures	Intervention	โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบวิจัยตามทฤษฎีเบค(Beck)แบบรายบุคคล จำนวน 4 ครั้งต่อคน ครั้งละ 45-60 นาที ประกอบด้วยขั้นตอนให้คำปรึกษาดังต่อไปนี้ 1. สร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคิดที่บิดเบือนของผู้รับคำปรึกษา 2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิดของตนเอง/ข้อสรุปแบบอื่นนอกเหนือจากความคิดของตน และพิจารณาถึงความบิดเบือนเป็นผลของความคิด/ข้อสรุปในแต่ละข้อ 3. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงความคิด/ข้อสรุปที่เป็นเหตุเป็นผลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมองเห็นถึงความคิด/ข้อสรุปที่บิดเบือนของตน โดยการพิจารณาด้วยตนเอง 1. หลังการทดลองผู้ให้คำปรึกษาได้รับการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)แบบรายบุคคล ที่มีระดับความซึมเศร้าปานกลาง จะมีระดับความซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 2. ผู้ที่เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง ที่มีระดับความซึมเศร้าต่ำ ยังไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)แบบรายบุคคล จะมีความซึมเศร้าลดลงหรือไม่ เนื่องจากมีผู้เข้าร่วมการทดลองที่มีความซึมเศร้าต่ำ มีเพียง 1 คน จึงไม่สามารถนำมาคำนวณเพื่อหาค่าทางสถิติได้ 3. ก่อนการทดลองเปรียบเทียบกับความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
Year	2545	Population			
Title	การทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์จำนวนถึง				
Objective	เพื่อทราบผลการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์จำนวนถึง				
Design	Quasi Experimental Design	Sample size			
Level	B	Outcome measures			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	วิธีดำเนินการวิจัยแบ่ง แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการทดลอง -ติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูล -สร้างและพัฒนาเครื่องมือ -ประเมิน โดย แบบทดสอบความซึมเศร้า The Beck Depression Inventory (BDI) กลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับความซึมเศร้าปานกลาง มีระดับความซึมเศร้าลดลง ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง - ระยะการทดลอง - กลุ่มทดลอง ให้คำปรึกษา โปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)แบบรายบุคคล -กลุ่มควบคุม ให้การบริการปกติของหน่วยงานโรคและโรคเอดส์แห่งสิง - ระยะหลังการทดลอง - หลังการให้คำปรึกษา 1 สัปดาห์ ประเมิน โดย แบบทดสอบความซึมเศร้า The Beck Depression Inventory (BDI) และนำข้อมูลไปวิเคราะห์โปรแกรม SPSS		การปรึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค(Beck)แบบรายบุคคล ที่มีระดับความซึมเศร้าปานกลาง มีระดับความซึมเศร้าลดลง ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้ มองเห็นและทำความเข้าใจ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีปัญหาของตนเอง ความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อเสนอแนะในการวิจัย ในกลุ่มทดลองมีการให้ Intervention และเห็นผลชัดเจน แต่ในกลุ่มควบคุมนั้น ยังไม่ชัดเจนว่าได้รับการช่วยเหลืออย่างใดหรือไม่ เพราะเป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และทันทั่วถึง อาจเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย และรับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องมาก การเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น จำนวนครั้งในการวิจัยมีเพียง 4 ครั้ง ไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้รับคำปรึกษา มีโครงสร้างทางความคิดใหม่เกิดขึ้นได้ และเพียงพอที่จะเกิดรูปแบบความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลของการการ การมีระยะเวลาในการวิจัยให้ยาวนานขึ้น เพื่อไม่เกิดอุปสรรคในการนัดหมาย	Implication

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

รูปแบบที่ 4 การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสโดยประยุกต์จาก Professor Dr. Inmeda V.G Villar และ Panikulum George Dalmultia จำนวน 2 เรื่อง

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
15.Author	วิชุดา บำรุงยศ	Setting	ศูนย์คำมิดิเยน ไชยเชิด เรือนเตอร์ อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง	โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส โดยประยุกต์จาก โปรแกรมของ Professor Dr. Inmeda V.G Villar (และ Panikulum George Dalmultia จัดให้คำปรึกษา คนละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 - ฝึกการผ่อนคลายผู้วิจัยสังเกตและจดจำ ลักษณะท่าทางของผู้ป่วย บันทึกไว้เพื่อเทียบ พฤติกรรม ขณะผ่อนคลาย - การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ - สังเกตลีลาที่เปลี่ยนแปลง ความตึงเครียดน้อย จึงหาวิธีการหาใจ การตอบสนอง เช่น การพยักหน้า การตอบสนอง
Year	2544	Population	Inclusion criteria ผู้ป่วยเอดส์ที่พักอาศัยในศูนย์คำมิดิเยน ไชยเชิด เรือนเตอร์ อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง ทราบผลเลือดและรับรู้ตัวตนมีเชื้อเอชไอวี และมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ หรือมีอาการระยะเอดส์เต็มขั้น อายุ 20-40 ปี ทำแบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (DAS) ของ Templer มีคะแนนความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ระดับคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 7.57 ขึ้นไป	
Title	ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์		Exclusion criteria การศึกษายังคงประเมินศึกษาขึ้นไปอ่านออก เขียนได้	
Objective	เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ต่อความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล/เปรียบเทียบ ในกลุ่มที่ได้รับการบริการระยะหลังการทดลองที่ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลกับระยะก่อนการทดลอง			1. ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้ป่วยเอดส์กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับมโนภาพ
Design	Quasi Experimental Design	Sample size	จำนวน 10 คน ทำการสุ่มผู้รับการวิจัยมาสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 5 คน	
Level	B			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย Data collection ระยะก่อนการทดลอง คัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ทำแบบวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย (DAS) ค่าคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 7.57 ขึ้นไป ระยะการทดลอง - กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่ 28 พฤษภาคม 2544 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2544 รวมระยะเวลา 5 วัน ผู้ให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับ โนภาพ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสผู้วิจัย - กลุ่มควบคุมไม่ได้รับการปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับ โนภาพ แต่ได้รับการปรึกษาด้วยวิธีปกติที่ทางศูนย์จัดไว้ให้	Results Implication มีระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายในระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส หลังการทดลองและติดตามผล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ลดลง เนื่องจากผู้รับคำปรึกษามารับเปลี่ยน การรับรู้ในเรื่องความตายใหม่ โดยผู้ให้คำปรึกษาได้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสร้างสัญญาณพลังบวกให้เกิดขึ้น แล้วนำกลับไปจุดเริ่มต้นที่วิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย เกิดความกลัวในระดับจิตสำนึก ต้องเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตกใจกลัวที่สุดติดก่อนให้เกิดการเรียนรู้ที่จะกลัว มีการตอบสนองต่อความกลัวอย่างคงที่ ทำให้ความวิตกกังวล เกี่ยวกับความตายลดลง ข้อเสนอแนะในการวิจัยควรเพิ่มช่วงระยะเวลาการติดตามผลให้นานขึ้น เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทดลองว่ามีความคงทนอยู่ได้นานเพียงใด ถ้าต้องการนำผลการให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับ โนภาพ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ไปใช้ควรมีการ Training วิธีการใช้โปรแกรมให้เกิดความชำนาญจึงจะสามารถนำไปใช้ได้

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection			
		ระยะหลังการทดลอง หลังจากการให้คำปรึกษาแต่ละบุคคล วัด โดยแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย (DAS) ซึ่งเป็นฉบับเดียวกับที่ใช้ในระลอกก่อนการทดลอง <u>ระยะติดตามผล</u> หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ติดตามวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย (DAS) ฉบับเดิม โดยวัดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ		

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
16. Author	บุญจวรรณ ทรัพย์คง	Setting	Outcome measures	การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส การให้คำปรึกษาครั้งนี้เป็นการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยแต่ละคนจะได้รับ การให้คำปรึกษาคนละ 3 เทคนิค ใช้เวลาประมาณเทคนิคละ 45-60 นาที แต่ละเทคนิคต่างกัน 1 สัปดาห์ คนละ 4 ครั้ง กลุ่มที่ 1 รูปแบบที่ 1 เริ่มจากเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จัดลำดับแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ตามลำดับ ครั้งที่ 1 - การปฐมนิเทศ สร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 - ดำเนินการ ให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคสัญญาณพลัง แบบองค์รวม โดยผู้ให้คำปรึกษา สังเกตสีหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก กล้ามเนื้อคอ และจังหวะการหายใจ ครั้งที่ 3 1.ดำเนินการ ให้คำปรึกษา โดยเทคนิคการสร้างทักษะใหม่ภายใต้จิตสำนึกแบบองค์รวม โดยผู้ให้คำปรึกษา สังเกตสีหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และจังหวะการหายใจ ของผู้รับคำปรึกษา 2.ผู้ให้คำปรึกษาสังเกต ความสอดคล้องระหว่างสัญญาณ ที่ได้รับการแสดงออกของสีหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ความตึงตัว ของกล้ามเนื้อ และจังหวะการหายใจ 3.ประเมินผลจากการซักถาม สัมภาษณ์
Year	2547	Population		
Title	ผลการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี			
Objective	เพื่อศึกษาผลการให้คำปรึกษา ทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัสด้วยเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้จัดลำดับแบบองค์รวม และเทคนิคการวางแผนอนาคต ต่อภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในรูปแบบที่เหมาะสม			
Design	Quasi Experimental Design			
Level	B			

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	Intervention	Intervention/ Results/ Implication	
	ระยะก่อนการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบวัดภาวะซึมเศร้า (CCS-D) วัดภาวะซึมเศร้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการที่คลินิก ผศครรภ์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จ.ชลบุรี อายุ 28 ปี ดัดแปลงจาก ผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 18 คน ระยะก่อนการทดลอง คัดเลือก ผู้ป่วยเอดส์ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสมัครเข้าร่วมการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน โดยวัดภาวะซึมเศร้า เป็นคะแนนก่อนการทดลอง ระยะทดลอง ห่างจากระยะก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ โดยดำเนินการดังนี้ การให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส - กลุ่มที่ 1 รูปแบบที่ 1 เริ่มจากเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม เทคนิค	ครั้งที่ 4 (1) นำเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาดำเนินการให้คำปรึกษาตามทฤษฎี โปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ด้วยเทคนิคการวางแผนอนาคต (2) ผู้ให้คำปรึกษา สังเกตสีหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และจังหวะการหายใจ (3) ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตการกระตุก หรือการเคลื่อนไหวที่แผ่วบางของอวัยวะที่เลือกกำหนดสัญญาณ 4. ผู้ให้คำปรึกษาสังเกตความสอดคล้อง ระหว่างสัญญาณที่ได้รับกับการแสดงออกของสีหน้า เปลือกตา ริมฝีปาก - ผู้ให้การให้คำปรึกษา (ส่วนในรูปแบบที่ 2 และ 3 มีรูปแบบเช่นเดียวกัน เพียงแต่แตกต่างจากการจัดเรียงลำดับ) กลุ่มที่ 2 รูปแบบที่ 2 เริ่มจากเทคนิคการสร้างพระสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม เทคนิคการวางแผนอนาคตและเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม กลุ่มที่ 3 รูปแบบที่ 3 เริ่มจากเทคนิคการวางแผนอนาคต เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและเทคนิคการสร้างพระสนะใหม่ได้จิตสำนึกแบบองค์รวม	1. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการให้คำปรึกษา โดยใช้รูปแบบที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง 2. หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการให้คำปรึกษา รูปแบบที่ 1	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
	Data collection การสร้างทฤษฎีใหม่ได้ใช้คำนิยามแบบองค์รวมและเทคนิคการวางแผนอนาคต ตามลำดับ -กลุ่มที่ 2 รูปแบบที่ 2 เริ่มจากเทคนิคการสร้างทฤษฎีใหม่ได้ใช้คำนิยามแบบองค์รวม เทคนิคการวางแผนอนาคตและเทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวม - กลุ่มที่ 3 รูปแบบที่ 3 เริ่มจากเทคนิคการวางแผนอนาคต เทคนิคสัญญาณพลังแบบองค์รวมและเทคนิคการ สร้างทฤษฎีใหม่ได้ใช้คำนิยามแบบองค์รวม เวลาประมาณเทคนิคคือ 45-60 นาที แต่ละเทคนิคห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยช่วงเวลาให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งคือระยะเวลาหลังจาก ที่ได้รับการหลังตรวจครรภ์แล้ว หลังการให้คำปรึกษาได้สอบถามถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในขณะที่ได้รับการศึกษาและภายหลังที่ได้รับการ	Results รูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 มีภาวะความเครียดหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 3. ในระยะก่อน หลัง และการติดตามผล กลุ่มที่ได้รับทั้ง 3 รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดที่ไม่แตกต่างกัน พิจารณาได้ว่า ไม่มี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง กล่าวคือ ผลของการให้คำปรึกษาทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ทั้ง 3 รูปแบบ ต่างก็ส่งผลลดภาวะเครียดของผู้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ไม่แตกต่างกัน 4. หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการให้คำปรึกษารูปแบบที่ 1 รูปแบบที่ 2 รูปแบบที่ 3 ภาวะความเครียดที่ติดตามผลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Implication โปรแกรมการให้คำปรึกษาทฤษฎีภาษาประสาทสัมผัส เป็นการให้คำปรึกษาเฉพาะ เจาะจงและมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาที่กระชับและได้ผลเร็ว และสามารถจัดกลไกการป้องกันตนเอง ของผู้รับคำปรึกษาได้อย่างดี จึงเป็นทางเลือกที่ดีที่เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรมีการวัดภาวะเครียด หรือตัวแปรตามอื่นๆ หลังเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษาในแต่ละเทคนิค เพื่อพิจารณาว่าผลของการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใด หรือหลังได้รับการปฏิบัติที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพมากที่สุด ข้อเสนอแนะในการวิจัย ควรเพิ่มช่วงระยะเวลาการติดตามผลให้นานขึ้น เช่น 3 เดือน หรือ 6 เดือน หลังการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิภาพการทดลองว่ามีความคงทนอยู่ได้	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication	
	Data collection	บริการ ระยะหลังการทดลอง ทำแบบทดสอบความเครียด ทั้ง 3 กลุ่ม เป็นรายบุคคล หลังจากเสร็จสิ้น การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคสุดท้าย เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทั้งนี้เนื่องจาก สภาวะในระดับจิตได้สำนึก ของแต่ ละบุคคลมีความแตกต่างกันหลาย ระดับ ระยะติดตามผล หลังจากการเสร็จสิ้นการให้คำปรึกษา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ให้กลุ่มทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบวัดความเครียดซ้ำอีกครั้ง เพื่อติดตามผลของการให้คำปรึกษา ในอีกช่วงเวลานึง โดยขั้นตอนของ การดำเนินการวิจัยสามารถเขียนเป็น แบบแผนได้	นานเพียงพอ ถ้าต้องการให้การให้คำปรึกษาด้วยเทคนิคการปรับ โนภาพ ตามทฤษฎีโปรแกรมภาษาประสาทสัมผัส ไปใช้ควรมีการ Training วิธีการใช้โปรแกรมให้เกิดความชำนาญจึงจะสามารถนำไปใช้ได้	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาทางจิตเวชเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)
รูปแบบที่ 5 การให้คำปรึกษาทางจิตเวชตามแนว Satir Model จำนวน 1 เรื่อง

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures		Intervention/ Results/ Implication
17.Author	สุนันทา ปราโมทย์ชน	Setting	Intervention	การปรึกษาทางจิตเวชตามแนว Satir Model เป็นให้คำปรึกษาทางจิตเวชรายบุคคล คนละประมาณ 6-8 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ขึ้นตอนในการปรึกษาจิตเวชตามแนว Satir Model 10 ขั้นตอน 1. Therapist prepares self ผู้ให้คำปรึกษาเตรียมตัวก่อนพบผู้รับคำปรึกษา 2. Make contact link สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยงผู้รับคำปรึกษา 3. Problem รับฟังปัญหาและประสบการณ์ของเขา 4. Explore impact ประเมินปัญหาว่าก่อให้เกิดผลกระทบระดับใด 5. Set goal (s) ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาดังเป้าหมาย สำหรับการเปลี่ยนแปลง 6. Commitment ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง 7. Change ใช้เวลาที่เหลือในการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 8. Anchoring ดึงดูดการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้นแล้ว 9. Home work ให้การบ้านเพื่อต่อยอด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 10. Closure ยุติการปรึกษาของชั่วโมงนั้น และนัดหมายการบำบัดครั้งต่อไป 1. ผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มทดลอง ที่เข้ารับการปรึกษาทางจิตเวชตามแนว Satir Model มีความวิตกกังวลและความเครียด น้อยกว่าก่อน ได้รับการปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2. ผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
Year	2550	Population	Results	
Title	ผลการให้คำปรึกษาทางจิตเวชตามแนว Satir Model ต่อความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ติดเชื้อ HIV	Inclusion criteria ผู้ติดเชื้อ HIV สมควรให้เข้าร่วมวิจัย มีคะแนนความวิตกกังวลจากแบบทดสอบ แบบวัดความวิตกกังวล STAI(A-state) มีคะแนนตั้งแต่ 40 คะแนนขึ้นไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน	Intervention	
Objective	เพื่อศึกษาถึงผลของการปรึกษาทางจิตเวชตามแนว Satir Model ต่อความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ติดเชื้อ HIV	Exclusion criteria ไม่เคยได้รับการปรึกษาทางจิตเวชมาก่อน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดหรือการฟัง ไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมาก่อน	Results	
Design	Quasi Experimental Design	Sample size	Outcome measures	
Level	B	จำนวน 16 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบจัดสลับเข้า กลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน	ตัวแปรตาม ได้แก่ - ความวิตกกังวล ประเมินโดย แบบวัดความวิตกกังวล STAI From Y	

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication
	Outcome measures (The State – Trait Anxiety Inventory From Y) ของ Spielberg, Gorsuch & Lushene (1983) - ความซึมเศร้า ประเมินโดย แบบวัด ความซึมเศร้า BDI (Beck Depression Inventory) ของ Beck Data collection ขึ้นก่อนการทดลอง คัดเลือกอาสาสมัครที่มีความวิตกกังวลจาก แบบวัด ไปรแกรมความวิตกกังวล STAI(A-state) มี 40 คนเพิ่มขึ้นไป ที่ขึ้นดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม จากมากที่สุดไปหาน้อยจัดเข้ากลุ่ม โดยกลุ่มแบบมีระบบจัดสลับเข้ากลุ่มทดลอง 8 คน กลุ่มควบคุม 8 คน ขั้นตอนการทดลอง - กลุ่มทดลอง ได้รับการรักษาทาง การแพทย์ตามปกติ และได้รับการ ปรึกษาทางจิตวิทยาบุคคลตาม ขั้นตอนการปรึกษาของ Satir Model	3. ผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มทดลอง ได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model มีความวิตกกังวล น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 และมีความซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model วิทยุทดลองช่วยให้ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง ดังนั้นควรที่จะนำไปใช้ ดังต่อไปนี้ - ใช้กับกลุ่มควบคุม เพื่อช่วยเหลือที่คล้อยตามปัญหาทางจิตใจ ที่มีอยู่ใน การลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง - ใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยอื่น - ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยที่เกี่ยวกับองค์การปรึกษาตามแนว Satir Model แบบกลุ่ม หรือแบบครอบครัว จากการอ่านงานวิจัย พบว่า ในขั้นตอน 10 ขั้นตอน นั้น ไม่แน่ใจว่าผู้วิจัย ให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาบุคคล คนละ 6-8 ครั้ง ในแต่ละครั้ง ใช้ทั้ง 10 ขั้นตอน หรือ ให้คำปรึกษา 6-8 ครั้ง นำ 10 ขั้นตอน มาใช้จนครบ 10 ขั้นตอน แล้วแต่การให้คำปรึกษาเมื่อครบ 10 ขั้นตอน ถ้าจะนำงานวิจัยมา ใช้ต้องศึกษาเพิ่มเติม และต้องผ่านการ Training การให้คำปรึกษาทาง จิตวิทยาตามแนว Satir Model จนชำนาญจึงจะสามารถนำงานวิจัยมาใช้ ประโยชน์ได้สูงสุด

ตาราง 4 แสดงการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อส่งเสริมการปรับภาวะจิตสังคมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level		Setting/Population/ Sample size/ Outcome measures	Intervention/ Results/ Implication	
		Data collection - กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาทาง การแพทย์ตามปกติ แต่ไม่มีโอกาสได้ ระบบช่วยเหลือของความวิตกกังวลกับ บุคลากรทางการแพทย์ และ ไม่ได้รับ การปรึกษาทางจิตวิทยาตามแนว Satir Model ตลอดจนการทดลอง <u>ขั้นสิ้นสุดการทดลอง</u> ทำการทดสอบ(Post test) ความวิตก กังวลและความซึมเศร้า กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม น่าจะแน่นที่ได้นำ วิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ		

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ – นามสกุล

นางสาวเอี่ยมเดือน นามวิเศษ

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 6 มกราคม 2511

สถานที่เกิด

จังหวัดลพบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีนีพุทธรชินราช

จ. พิษณุโลก

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

พ.ศ. 2531 - 2534

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2534 - ปัจจุบัน

โรงพยาบาลวิเชียรบุรี

งานโรคไม่ติดต่อและงานสุขภาพจิต

จังหวัดเพชรบูรณ์

โทรศัพท์ 056 – 928170

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 227/6 ม.1 ต. สระประดู่

อ. วิเชียรบุรี จ. เพชรบูรณ์