

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาศึกษาการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีตลอดจนการทบทวน ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคเอดส์
2. การคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์
3. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง
4. ระบบการให้บริการแก่ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ของโรงพยาบาลสันทราย

โรคเอดส์

ความหมาย

โรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome [AIDS]) เชื้อเอชไอวีเป็นไวรัสในกลุ่ม รีโทรไวรัส (family retroviridae) และอยู่ในจีนัสเอชไอวี (genus HIV) ปัจจุบันพบว่ามี 2 สายพันธุ์ที่ทำให้เกิดโรคในคน คือ เอชไอวี-วัน (HIV-1) และ เอชไอวี-ทู (HIV-2) โดยพบว่าสายพันธุ์เอชไอวี-ทู (HIV-2) มีการแพร่ระบาดในบางพื้นที่เท่านั้น ในขณะที่พบว่า สายพันธุ์เอชไอวี-วัน (HIV-1) มีการระบาดไปทั่วโลก ซึ่งรวมทั้งในประเทศไทย ก็พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อเอชไอวี-วัน (HIV-1) (Casey, 1995) เชื้อเอชไอวีประกอบด้วยโปรตีนที่สำคัญคือ พี 24 (p 24) ส่วนเปลือกด้านนอกมีกลัยโคโปรตีน (glycoprotein) ห่อหุ้มอยู่ประกอบด้วย จีพี 120 (gp 120) ซึ่งเป็นกลัยโคโปรตีนที่มีปุ่มยื่นออกมา ทำหน้าที่จับกับซีดีโฟร์โมเลกุล (CD4 molecule) ของเซลล์ (cell) และกลัยโคโปรตีนที่ฝังอยู่ในส่วนของเปลือกนอกคือ จีพี 41 (gp 41) ซึ่งเชื่อว่ามีหน้าที่เกี่ยวกับการแพร่ผ่าน (fusion) ระหว่างผิวเปลือกของเชื้อไวรัสกับเซลล์ของคนมีสายพันธุ์กรรมสายเดี่ยวแต่มีโครโมโซม (chromosome) เป็น 2 ชุด (สุรพล เกาะเรียนอุดม และ ชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539)

พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายในระยะ 2 – 12 สัปดาห์ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะยังไม่มีอาการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีเรียกในระบะนี้ว่าระยะแฝง (window period) (เกียรติรักษ์ รุ่งธรรม, 2541) เชื้อเอชไอวีจะจับกับเซลล์เป้าหมายหลายๆตัว โดยเฉพาะซีดีโฟร์ทีลิมโฟไซท์ (CD4 T lymphocyte) (สุรพล เกษะเรียนอุดม และชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ซีดีโฟร์ทีลิมโฟไซท์ได้แล้ว จะเปลี่ยนอาร์เอ็นเอ (RNA) ให้เป็น ดีเอ็นเอ (DNA) โดยใช้เอนไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเทส (reverse transcriptase) เพื่อแทรกตัวอยู่ในอาร์เอ็นเอของทีลิมโฟไซท์ของร่างกายมนุษย์ จำนวนของเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการแบ่งตัวของทีลิมโฟไซท์นี้ จะทำให้สายพันธุกรรม (genome) ของเอชไอวีมีการแบ่งจำนวนเพิ่มตามไปด้วย พบว่าอัตราการแบ่งตัวของเอชไอวีถึงหมื่นล้านตัวต่อวัน ซึ่งอัตราการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วนี้ ทำให้สายพันธุ์เชื้อเอชไอวีผิดเพี้ยนจากสายพันธุ์เดิม หรือมีสายพันธุ์ใหม่เกิดขึ้นมากมาย (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541) เชื้อเอชไอวีที่สมบูรณ์จำนวนมากจะถูกปล่อยออกมาจากเซลล์ของทีลิมโฟไซท์และเข้าสู่เซลล์อื่นๆต่อไป ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงอย่างรวดเร็ว (สุรพล เกษะเรียนอุดม และชัยยศ คุณานุสนธิ์, 2539) และก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆตามมา ซึ่งระยะเวลาในการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 – 90 จะพบว่ามีอาการของโรคประมาณ 8 – 10 ปี ในการปรากฏอาการของโรค (เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม, 2541) แต่บางรายอาจนานถึง 15 ปี (Casey, 1995)

การจำแนกระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อประเทศอเมริกา (Center of Disease Control [CDC]) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) จำแนกระยะของโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ยงค์ รงค์รุ่งเรือง, 2541; Flaskerud, 1995; Flaskerud & Ungvaski, 1999)

กลุ่มที่ 1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic HIV infection) การติดเชื้อเอชไอวีจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1 – 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะไม่มีอาการใดๆ ในขณะที่บางส่วนอาจมีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นช่วงเวลานับตั้งแต่สัมผัสเชื้อเอชไอวีถึงระยะที่มีการสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน (antibody) ต่อเชื้อเอชไอวี เช่น มีไข้ เจ็บคอ ต่อมน้ำเหลืองโต หรือมีผื่น เป็นต้น โดยอาการจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์ อาการ

ทางคลินิกมีลักษณะที่ไม่จำเพาะ ส่วนใหญ่พบว่ามิใช่ อ่อนเพลีย เหนื่อยออกมาก ปวดเมื่อยตามตัว อูจจาระร่วง คออักเสบ ต่อม้ำเหลืองโต ตั้งแต่ 2 บริเวณขึ้นไป มักคลำได้ที่บริเวณข้างคอ ท้ายทอย ไหล่บ่า รักแร้และข้อศอก ในระยะนี้พบว่าระดับของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์มักอยู่ในระดับสมคูล หรือต่ำกว่าปกติเล็กน้อย คือมีจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมักมีระดับอาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวีมีพลาสมา (plasma HIV RNA) น้อยกว่า 10,000 กอบปีต่อมิลลิเมตร โดยปกติพบว่า มีการลดลงของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์เฉลี่ยปีละ 40 – 60 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (เกียรติ รัชกรูธรรม, 2541) ในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้เป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อาจไม่รู้ตัว การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่ปรากฏอาการจะให้บริการปรึกษา และแนะนำการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง มีการเฝ้าระวังระดับภูมิคุ้มกันโรค โดยการตรวจซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ และถ้าซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะนัดติดตามผลทุก 3 – 6 เดือน

กลุ่มที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการ (Symptomatic HIV infection) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งติดต่อกันเป็นเวลานานไม่ต่ำกว่า 3 เดือนได้แก่ มีไข้สูงเกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพักๆ หรือติดต่อกัน น้ำหนักตัวลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ต่อม้ำเหลืองโต อูจจาระร่วง มีเชื้อราแคนดิดาในปากหรือช่องคลอด อาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ค่อนข้างรุนแรง เช่น วัณโรค ปอดชนิดทุติยภูมิ ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย หรืออาจมีโรคแทรกซ้อนที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น ภาวะเกล็ดเลือดต่ำโดยไม่ทราบสาเหตุ (thrombocytopenia) ในระยะนี้พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์อยู่ในช่วง 200 – 499 เซลล์ต่อมิลลิเมตร และมักมีระดับอาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวีในพลาสมาเท่ากับ 10,000 – 100,000 กอบปีต่อมิลลิเมตร การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ปรากฏอาการจะให้การรักษาตามอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ภาวะซีด ต่อม้ำเหลืองอักเสบ เป็นต้น แพทย์จะพิจารณาให้ยาด้านไวรัสเอดส์เมื่อมีอาการของโรค ร่วมกับการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้ เช่น เมื่อซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ แอบซาลูทิมโฟไซต์น้อยกว่า 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จะให้ยาป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิอัย (pneumocystis carinii) และโรคพยาธิในสมองและเมื่อซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ก็จะให้ยาป้องกันโรคเชื้อราคริปโตคอกโคสิสในสมองเพิ่มด้วย

กลุ่มที่ 3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการในระยะของโรคเอดส์ (AIDS) ในระยะนี้จะมีอาการแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยตรวจระดับซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์ มีค่าน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร จำนวน 2 ครั้ง หรือพบอาการ 1 ใน 28 อาการ (สำนักงานระบาดวิทยา, 2546) ต่อไปนี้ เช่น โรคติดเชื้อราแคนดิดาในหลอดอาหารหรือหลอดลม เชื้อราในสมองจากเชื้อราคริปโตคอกโคสิส (cryptococcosis) มะเร็งปากมดลูกชนิดลุกลาม จอตาอักเสบจากเชื้อไซโตเมกกาโรไวรัส

(cytomegalovirus CMV) โรคสมองเสื่อมจากเชื้อเอชไอวี มะเร็งคาร์โปซิ (Kaposi's sarcoma) วัณโรค ทั้งในปอดและนอกปอด ปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิอา (pneumocystis carinii) โรคติดเชื้อโปรโตซัวทอกโซพลาสโมซิส (toxoplasmosis) ในสมอง มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง เป็นต้น ผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายมักมีระดับของซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์น้อยกว่า 50 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร และมีระดับอาร์เอ็นเอของเชื้อเอชไอวีในพลาสมามากกว่า 100,000 กอปปี้ต่อมิลลิลิตร ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 12 – 18 เดือน ซึ่งสาเหตุของการตายมักสัมพันธ์กับโรคเอดส์ โดยมีการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิดในเวลาเดียวกันหรือแม้กระทั่งในอวัยวะเดียวกัน และมักมี ภาวะขาดอาหารอย่างรุนแรง โลหิตจาง ภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ผิดปกติ ซึ่งทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวและเป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิตในที่สุด การรักษาผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์จะรักษาตามอาการร่วมกับให้ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แพทย์จะพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเอดส์เมื่อสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ เป้าหมายของการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ คือลดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี เพื่อให้มีปริมาณของเชื้อเอชไอวีในพลาสมา น้อยกว่า 50 กอปปี้มิลลิลิตรและมีค่าซีดีโฟร์ลิมโฟไซต์มากกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร

ผลกระทบของโรคเอดส์

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและในผู้ที่เป็ นโรคเอดส์สามารถอธิบายได้เป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ส่วนใหญ่ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อร่างกายในผู้ที่เป็ นโรคเอดส์จะพบได้จากการติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) นี้ เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นในผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำลงกว่าปกติ ซึ่งโดยทั่วไปเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้มีความรุนแรงต่ำ และจะไม่ก่อให้เกิดโรคในคนที่ภูมิคุ้มกันปกติ แต่เมื่อภูมิคุ้มกันต่ำลง เชื้อฉวยโอกาสที่มีอยู่มากมายรอบตัวเราก็จะสามารถเข้าโจมตีร่างกายและทำให้เกิดโรครึ้นได้ ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติใน 4 ระบบ ได้แก่ (Komiti et al., 2001)

1.1 ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ วัณโรค เกิดจากการติดเชื้อวัณโรค (Mycobacterium tuberculosis) ซึ่งอาจทำให้เกิดวัณโรคที่ปอด ต่อมน้ำเหลือง คับหรือสมอง โดยมีอาการแสดงของวัณโรคปอดและต่อมน้ำเหลือง เช่น ไอ เจ็บหน้าอก อาจมีไอเป็นเลือด อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ตอนบ่าย ๆ รวมทั้ง มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต คลำพบได้ สังเกตเห็นได้ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่ม

อาการนิวโมซิสติส คารินิอา (Pneumocystis carinii Pneumonia หรือ PCP) โดยมีอาการไข้สูง ไอแห้ง ๆ เรื้อรัง หายใจตื้น แน่นหน้าอกหายใจลำบาก มีเสมหะเหนียวหอบ

1.2 ระบบทางเดินอาหาร จะพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเอดส์จะมีอาการติดเชื้อทางเดินอาหาร จากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่ไม่สะอาด หรือจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสที่เป็นอาการแสดงของโรคเอดส์ ผู้ป่วยมักจะมาด้วยการติดเชื้อคริปโตสปอร์ริเดียม (Cryptosporidium) หรือเชื้ออื่นๆในทางเดินอาหาร ทำให้ร่างกายขาดน้ำและขาดอาหาร เป็นผลให้อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลด อาการท้องเสียมี 2 แบบคือ ท้องเสียแบบเฉียบพลัน และท้องเสียแบบเรื้อรัง นอกจากนี้ยังมีอาการเชื้อราในปาก เป็นฝ้าขาวที่ช่องปากและลิ้น ขูดหลุดออกได้ง่าย บางรายมีเชื้อราในหลอดอาหาร จะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อกินอาหารรวมทั้ง เป็นแผลร้อนใน จะมีลักษณะเป็นแผลตื้นๆในช่องปาก ขอบแผลแดง ตรงกลางสีขาวปนเหลือง มีอาการปวดแสบ ปวดร้อน อาจมีแผลเดียวหรือหลายแผล ตำแหน่งที่พบบ่อยคือริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม บนลิ้น ใต้ลิ้น (อาจพบที่เพดานปาก เหงือกหรือทอนซิลได้) ตลอดจน การมีริมฝีปากจะมีตุ่มน้ำใสๆเกิดขึ้นที่ริมฝีปาก หรือในปากเมื่อแตกจะเป็นแผลตื้นๆจะเจ็บมาก ถ้าป้องกันไม่ให้เกิดเชื้อแบคทีเรียซ้ำ จะหายได้ภายใน 7 – 10 วันและอาจจะเป็นๆหายๆ ได้หลายครั้ง

1.3 ระบบประสาท มีอาการของเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราคริปโตคอกคัส จะมีอาการไข้ คอแข็ง ปวดศีรษะรุนแรง สับสน อาเจียนพุ่ง การมองเห็นเปลี่ยนไป รวมทั้ง มีโรคริม และ งูสวัด ร่วมด้วย

1.4 ระบบผิวหนัง อาการที่ปรากฏทางผิวหนัง เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ด้วยตาเปล่าได้ง่าย เป็นปัญหาที่ผู้ป่วยกังวลมากอย่างหนึ่ง เพราะมักเชื่อกันว่าเป็นสัญญาณที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นเป็นโรคเอดส์ ความผิดปกติทางผิวหนังแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มเนื้องอกหรือมะเร็ง ที่เป็นที่รู้จักกันมากที่สุดคือมะเร็งชนิด คาร์โพซี (Kaposi's sarcoma) ซึ่งพบมากในอเมริกา เป็นอาการที่บ่งบอกว่า ผู้ติดเชื้อมีการพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว มะเร็งชนิดสควอว์มัส (Squamous cell) อาจพบได้บริเวณปากและทวารหนัก นอกจากนี้ก็อาจพบมะเร็งของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งเป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบได้มากพอสมควรในประเทศไทย 2) กลุ่มที่มีการติดเชื้อ อาจเป็นเชื้อไวรัสโดยเฉพาะริม งูสวัด หรือหูดชนิดต่างๆ อาจเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้มีการอักเสบหรือเป็นตุ่มหนอง อาจเป็นการติดเชื้อรา หรือเชื้อปรสิตต่างๆ และ 3) กลุ่มอื่นๆ เช่น รื่นกวาง ผื่น ตุ่มคันหรืออาการแพ้ต่างๆ เป็นต้น

2. ผลกระทบด้านจิตใจ

เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้วนั้น ย่อมมีการตอบสนองต่างกันออกไป ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อนั้น มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต ข, 2533 ; ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2549; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

2.1 ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ เป็นระยะที่ผู้รับบริการรับรู้การติดเชื้อของตน ซึ่งเป็นข่าวร้ายที่สุดในชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งปฏิกริยาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ได้แก่

2.1.1 ภาวะช็อก เป็นการปรับตัวไม่ทันซึ่งผู้รับบริการที่อยู่ในระยะนี้มีอาการแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม โกรธ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมผู้รับบริการเพื่อช่วยลดปฏิกริยานี้ลง

2.1.2 ปฏิเสธ อาจเกิดมาจากความกลัวและยังไม่พร้อมแต่ไม่แสดงออกมา ซึ่งเป็นกลไกทางจิตที่ป้องกันไม่ให้จิตใจแตกสลาย บางรายอาจโยนความผิดให้ผู้อื่น

2.1.3 การต่อรอง เป็นการปฏิเสธความจริงในระดับที่ไม่รุนแรง ซึ่งไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้องแต่เป็นปฏิเสธยืนยันความจริง จึงมีการต่อรองในผู้ติดเชื้อหลายแบบด้วยกัน ซึ่งแสดงออกถึงการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ

2.1.4 ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่รับรู้ความจริงและยอมรับว่าตนเองเกี่ยวข้อง แต่หมดหวังที่จะแก้ไข เกิดได้เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ได้แก่ ความโศกเศร้าขั้นเตรียมการ และความโศกเศร้าขั้นสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยที่เริ่มแยกตัวเองจะครุ่นคิดเกี่ยวกับเรื่องของความตาย

2.1.5 ยอมรับ ภายหลังจากที่เวลาผ่านไป ผู้ติดเชื้อได้รับรู้ความจริงเรื่องต่างๆ จะเริ่มมีความรู้สึกยอมรับ จิตใจสงบยิ่งขึ้น เริ่มต้นคิดหาหนทางที่เป็นไปได้ในการที่จะทำให้อ自己有สุขภาพ

2.2 ระยะเรื้อรังปลอดภัยเป็นช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่ปรากฏอาการของความเจ็บป่วยต่าง ๆ อาจยาวนานหลายปี ซึ่งไม่มีความแน่นอนในแต่ละบุคคล เพราะขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีปฏิกริยาต่างๆ ได้ดังนี้

2.2.1 ความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอน และไม่มั่นใจกับชีวิตในอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงของโรคจะเป็นอย่างไร บุคลากรจะช่วยเหลือหรือไม่ คนรอบข้างยอมรับหรือไม่

2.2.2 ความอับอายและความสงสัย เป็นการกลัวสิ่งที่เคยทำจะเป็นพฤติกรรมที่คนไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับและการตอบสนองจากบุคคลรอบข้าง

2.2.3 ความรู้สึกผิด เนื่องจากสิ่งไม่น่าพอใจในอดีตที่ผ่านมา เช่น คำนิตัวเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อคนอื่นทราบความลับนั้นแล้วแสดงอาการรังเกียจ คำหึงด้วยท่าทีหรือคำพูด

2.2.4 ความรู้สึกด้อย เกิดจากการที่จะปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปได้ ต้องอาศัยเวลานานทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนโง่ อ่อนแอ ด้อยกว่าคนอื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นขี้ถึงความอ่อนแอ นั้นซ้ำ ๆ

2.2.5 ความหวัง เกิดขึ้นได้หลายอย่าง เช่น หวังว่าจะมีชีวิตยืนยาว หวังว่าจะมีการค้นพบยาที่รักษาโรคเอดส์ได้ หวังว่าได้รับการยอมรับ หรือแม้แต่หวังว่าถ้าจะตายก็ขอให้ตายอย่างมีความสุข

2.3 ระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต เป็นช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี / โรคเอดส์ ผู้ป่วยจะมีอาการค่อนข้างมาก การพึ่งตนเองทำได้น้อยลงตามลำดับ และอาการที่เกิดขึ้นอย่างมากมายนั้นจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาที่สั้นลง ซึ่งมักพบปัญหาดังนี้

2.3.1 ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มาก เพราะรู้สึกว่าเวลาเหลือน้อย แต่ก็มักคิดว่าตนเองน่ารังเกียจไม่อยู่ในสภาพที่น่าดู กลัวว่าจะผูกพันจนทำใจไม่ได้ บางรายจะทนไม่ได้ที่เห็นญาติทรมาณเพราะตน ทนไม่ได้ที่ใครมาสงสาร อาจทำตัวโดดเดี่ยว ขณะเดียวกันก็จะรู้สึกห่างเหินกับคนที่ผูกพันใกล้ชิด

2.3.2 ความรู้สึกหมกมุ่นกับตนเอง เกิดขึ้นเมื่อญาติไม่ได้มาเยี่ยมด้วยสาเหตุจากตัวผู้ป่วยหรือจากตัวญาติเองก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยคิดหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองแบบต่างๆจนรบกวนกิจวัตรประจำวันอย่างมาก ผู้ป่วยจะแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความซึมเศร้าได้

2.3.3 ความรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยนึกถึงอดีต โดยเฉพาะเรื่องที่ไม่่าพอใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ระยะเวลาอาการทางกายจะรุนแรงจนผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดความสามารถในการพึ่งตนเอง ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม รู้สึกว่าไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่และไร้ค่า

2.3.4 การคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบางรายมีความคิดหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายเพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือบางคนอาจมีความรู้สึกผิด ละอายใจมีความรู้สึกหดหู่ใจ ท้อแท้ สิ้นหวังมากจนไม่ยอมอยู่

2.3.5 การจบชีวิต ผู้ป่วยในระยะนี้มักจะแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นจริงภายนอก และพยายามเข้าไปสู่โลกแห่งจินตนาการมากขึ้น ไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งเร้าและหลับมาก

3. ผลกระทบด้านสังคม

การคิดเชื้อเอชไอวียังส่งผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่ในสังคมด้วย ผลกระทบที่สำคัญมีดังนี้ (Kvalsund and Spillman, 2003; Suicide and Special Patient population, 2003)

3.1 การขาดรายได้ สุขภาพที่ไม่ดีเยี่ยมเป็นสาเหตุของการขาดงาน การถูกออกจากงาน ผลที่ตามมาก็คือ การขาดรายได้ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป นอกจากนี้ยังจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาเป็นจำนวนมากอีกด้วย ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจได้มากขึ้นเช่นกัน

3.2 ข้อจำกัดทางสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว และสังคม เกิดข้อจำกัดต่างๆในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาได้เพราะส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมแต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะได้มา จึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยโรคเอดส์บางรายจะเริ่มแยกตัว และเลิกความปรารถนาที่จะเข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3.3 ความสัมพันธ์ทางเพศ บุคคลเหล่านี้นอกจากจะกลัวว่าตนเองจะเป็นผู้นำโรคไปแพร่กับผู้อื่นที่ตนเองมีเพศสัมพันธ์ด้วยแล้ว ยังกลัวการถูกปฏิเสธความสัมพันธ์อีกด้วย

3.4 สัมพันธภาพทั่วไป ครอบครัว บุคคลที่เคยรักใคร่มักจะรู้สึกยุ่งยากลำบากใจที่ต้องคอยดูแลเอาใจใส่ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และยังคงคอยชักจูงไม่ให้ผู้ติดเชื้อต้องแยกตัวออกไป ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาระโดยเฉพาะกับบุคคลในครอบครัวซึ่งรู้สึกว่าเป็นภาระที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวาดระแวงไม่แน่ใจว่าสัมพันธภาพระหว่างตนกับบุคคลอื่นจะต้องสิ้นสุดลงหรือไม่

3.5 トラบาททางสังคม การคิดเชื่อนั้นได้ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ป่วยมาก เพราะเป็นพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัวและการรังเกียจของบุคคลในสังคม ทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของตนเองด้วย ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

การคิดเชื้อเอชไอวีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงและการที่ต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำนายหรือคาดการณ์ชีวิตในอนาคตของตนเองได้อย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดความเครียดสูง หวาดกลัวต่อสิ่งที่จะเกิด กลัวตายและกลัวความสูญเสียความรักจากบุคคลใกล้ชิด หรือคนใกล้ชิดทำตัวห่างเหินทำให้รู้สึกสิ้นหวังและมีการคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่บ่อย ๆ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย รวมถึงต้องเปลี่ยนแปลงเป้าหมายของชีวิตไปจากเดิมด้วย แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงมักจะเป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน

จากผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์เกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกทางลบได้ง่าย ถ้าไม่ได้รับความช่วยเหลือจะส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจมากขึ้นเป็นวงจรต่อเนื่องกัน (นิตยา ปัญจมีดิถี, 2542) โดยความสูญเสียที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากโรคเอดส์นั้นมีดังนี้ คือ สูญเสียการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกาย สูญเสียลักษณะภายนอกที่ปรากฏ สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สูญเสียการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ และสูญเสียอำนาจสถานภาพของตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งบทบาทของตน (Polle อ่างใน จรรยา จันทรผ่อง, 2542; สุพร เกิดสว่าง, 2542) ผลจากความรู้สึกสูญเสียเหล่านี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีความหวังลดน้อยลงและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเพราะต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาต่างๆ (ดวงพร พันธุเสน และคณะ, 2539)

การคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์

จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ถือเป็นภาวะวิกฤติช่วงหนึ่งของชีวิต (crisis) เห็นได้จากการที่ไม่สามารถจัดการหรือทนอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ อาจจะแสดงปฏิกิริยาออกมาด้วยการร้องไห้อย่างหนัก เอะอะ โวยวาย หรือรู้สึกสับสน กลัวไปหมด จนทำอะไรไม่ได้ คิดอะไรไม่ออก (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540) และการติดเชื้อเอชไอวีอาจจะเกิดจากการประพฤติดิถีศีลธรรม ทำให้สังคมไม่ยอมรับผู้ที่เป็นโรคเอดส์ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวนิช, 2542) ส่งผลให้เกิดการคิดฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 63.4 (Gil and other, 2003) โดยในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุกระตุ้นและสาเหตุให้เกิดการฆ่าตัวตาย มาจากการเป็นโรคเอดส์เป็นส่วนใหญ่ (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิสสุตรัตน์, 2541) และพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 35.4 (ชำรง สมบุญตนนท์ และคณะ, 2543) ซึ่งสาเหตุของความคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์ มีปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้นมากมาย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งอาจเกิดจากสารสื่อประสาท ซึ่งเกี่ยวข้องกับซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) (Barbee & Bricker, 1996) และปัจจัยทางจิตใจซึ่งเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย โกรธ (Freud as cited in Hauenstein, 1998) ความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยและความสำนึกในคุณค่าแห่งตนต่ำ (Barbee & Bricker, 1996) ความล้มเหลวในการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดจากสัมพันธภาพกับบุคคลสำคัญในชีวิต (Sullivan as cited in Barbee & Bricker, 1996) สำหรับปัจจัยทางสังคม จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดสภาวะปั่นป่วน ส่งผลต่อการปรับตัวในวัฒนธรรมและประเพณีของสังคมของผู้ที่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Durkheim, 1951) และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้ผู้ที่เป็นโรคเอดส์

ไม่มีพลังที่จะทำอะไร ๆ จิตใจหดหู่ ขาดแรงจูงใจ เกิดภาวะเบื่อหน่าย ไม่มีพลังกำลังที่จะต่อสู้ปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ซึ่งบุคคลจะดำเนินชีวิตโดยไม่มีทางเลือก ไม่มีหลักการและไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงความสิ้นหวังนี้ได้ด้วยตนเองจะรู้สึกหมดหวัง (hopeless) ซึ่งจะนำไปสู่การคิดอยากฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Kylma, 2005)

จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็โรเคอดส์นั้น เกิดจากความรู้สึกสิ้นหวัง เกี่ยวกับการคิดเชื่อเอช ไอ วี ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่น่าพอใจ ทำให้ตนเองรู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลง บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกว่าหมดความสามารถในการพึ่งตนเอง ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม รู้สึกว่าไม่มีเหตุผลที่ดีเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่และไร้ค่า ไม่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ทำให้เกิดความหมดหวังได้ สำหรับความหวังของผู้ที่เป็นโรเคอดส์ เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจเผชิญปัญหาและอุปสรรคในการดำรงชีวิต ซึ่งการเสริมสร้างความหวังจะเป็นแนวทางที่ช่วยให้เกิดความหวังในผู้ที่เป็โรเคอดส์ได้

แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหมาย

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

คิลมา (Kylma, 2005) กล่าวว่า ความหวังเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต จิตวิญญาณ และการเจ็บป่วยของมนุษย์ ช่วยให้บุคคลมีคุณภาพชีวิต มีความปรารถนาที่ดีและพึงพอใจต่อชีวิต เนื่องจากความหวังทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตต่อไปได้

คิม (Kim, 1989) กล่าวว่า ความหวังเป็นคุณภาพภายในของชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่ามาก และเป็นแหล่งพลังของชีวิตมนุษย์ซึ่งมีความเฉพาะตัวในแต่ละบุคคล

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญต่อการดำรงชีวิต มีลักษณะการคาดหวังถึงสิ่งที่ดีจะเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่อง โดยสิ่งดังกล่าวอาจเกิดขึ้นจริงหรือไม่ก็ได้ มีการคาดหวังอนาคตในทางที่ดี และอยู่บนพื้นฐานของการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ผู้ที่มีความหวังจึงมีความสามารถพร้อมที่จะเผชิญปัญหา มีความผาสุกในจิตใจ มีจุดมุ่งหมายและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย จากการศีกษาของ คิลมา (Kylma, 2005) พบว่า ความหวังเป็นการ

ตระหนักถึงสิ่งที่จะได้รับจากการมีชีวิต และบุคคลมีความเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตทั้งปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะความหวังสามารถแสดงให้เห็นถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็ นโรคเอดส์ โดยเฉพาะจากการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความพยายามและเชื่อว่า จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ การย้อนกลับมาทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา การหักเหความสนใจจากการเจ็บป่วยไปสู่มุมมองอื่นที่ดีกว่า เปิดมุมมองสู่ออนาคต เป็นต้น

เฮิร์ท (Herth, 1992) ให้ความหมายเกี่ยวกับความหวังเช่นเดียวกับ คูฟอล์ทและมาทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) แต่ได้ปรับมิติที่มีความคาบเกี่ยวกันในแนวคิดของคูฟอล์ทและมาทอคซิโอ (Dufault & Martocchio) และนำมารวมไว้ในด้านเดียวกัน ดังนั้นความหวังในแนวคิดของเฮิร์ท (Herth) จึงหมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต ซึ่งบุคคลสามารถแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลและแบ่งความหวังออกเป็น 3 ด้านคือ

1. ความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวในอนาคต (inner sense of temporality and future) โดยรวมมิติด้านสติปัญญาและเวลาไว้ด้วยกัน เป็นการรับรู้ภายในต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งเป็นการรับรู้ในทางบวกและรู้สึกว่าการที่สิ่งที่จะต้องสามารถเป็นไปได้จริงในอนาคตอันใกล้หรือไกลจากขณะนี้

2. ความพร้อมและความคาดหวังทางบวก (inner positive readiness and expectancy) โดยรวมมิติด้านอารมณ์และพฤติกรรมไว้ด้วยกัน เป็นความรู้สึกมั่นใจและคาดหวังทางบวกที่มีต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้บุคคลมีความรู้สึกพร้อมในการที่จะทำตามแผนบรรลุสิ่งที่ต้องการหรือเป้าหมาย

3. ความสัมพันธ์ภายในตนและกับบุคคลอื่น (interconnectedness with self and other) โดยรวมมิติด้านความผูกพันและสถานการณ์แวดล้อมไว้ด้วยกัน เป็นการเห็นความสำคัญของการพึ่งพาระหว่างกัน ความเกี่ยวข้องผูกพันภายในตนและระหว่างตนกับบุคคลอื่นและระหว่างตนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ

กล่าวโดยสรุป ความหวัง หมายถึง ความคาดหวังและความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุถึงสิ่งที่ดีในอนาคต และเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ และเป็นแหล่งพลังของชีวิตมนุษย์ ทำให้บุคคลมีความเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตทั้งปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะความหวังสามารถแสดงให้เห็นถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้น

กระบวนการของความหวัง

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีลักษณะเป็นพลวัต สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เนื่องจากความหวัง เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความคิดความรู้สึก การกระทำ และความสัมพันธ์ระหว่างตนกับบุคคลอื่น (Stephenson, 1991; Gaskins & Brown, 1995) ดังนั้นหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะวิกฤติในชีวิต ประกอบกับการมีปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง ที่มีผลกระทบทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อกระบวนการของความหวังดังกล่าว จะทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาความหวังขึ้นมาหรือทำให้ความหวังที่มีอยู่เกิดการเปลี่ยนแปลงไป ระหว่างสถานะที่มีความหวังอย่างเต็มเปี่ยม และการมีความหวังในระดับที่ต่ำลงจนถึงความสิ้นหวังได้ (Brown, 1989 ; Dufault & Martocchio, 1985, Nowotny, 1989; Post – White and et al, 1996) จนมีคำกล่าวว่า ความหวังเป็นแกนของความต่อเนื่องระหว่างความหวังกับความสิ้นหวัง (hopefull-hopelessness continuum) (Brown, 1989; Lange,1978)

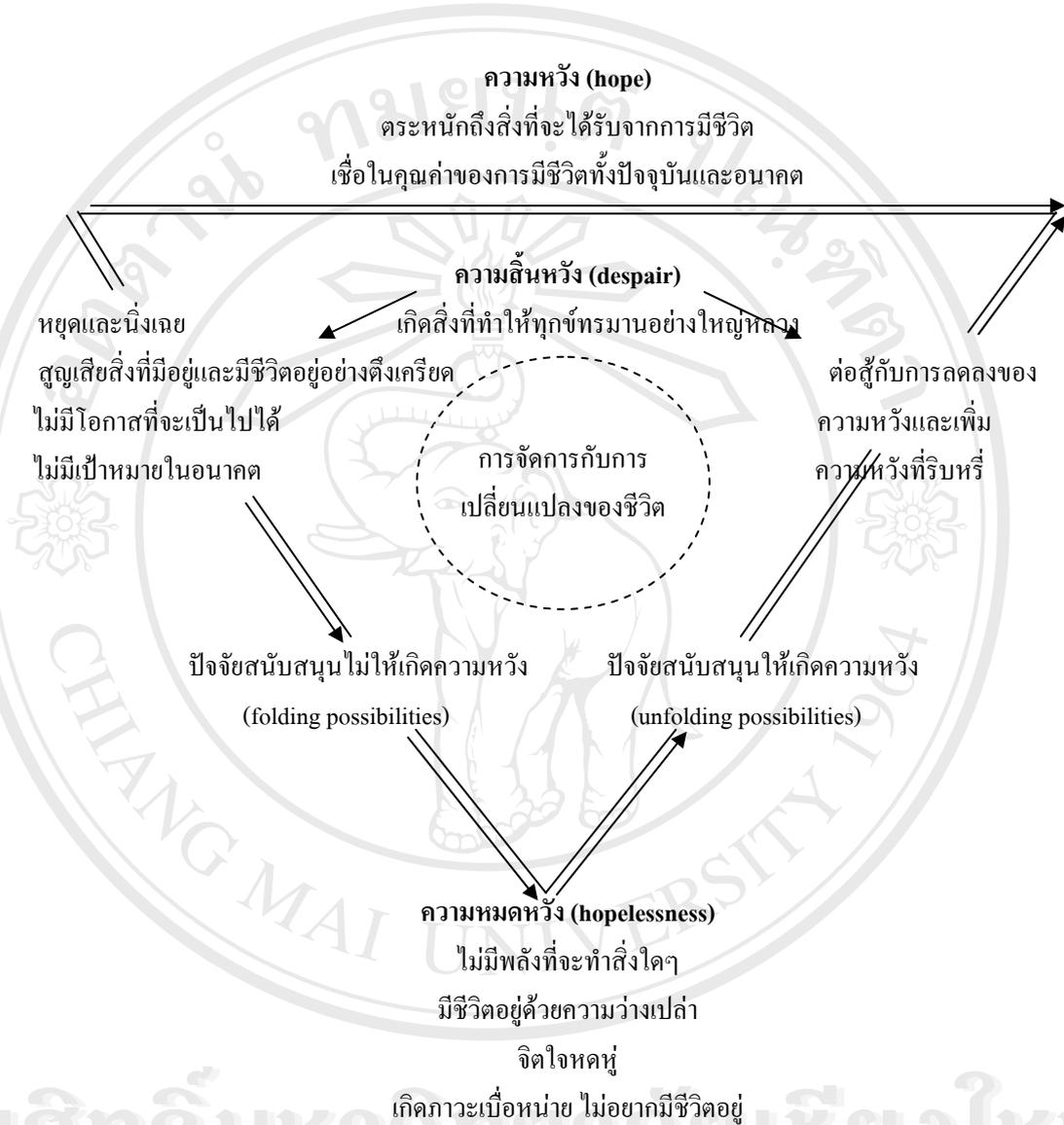
สำหรับพลวัตของความหวังประกอบด้วย ความหวัง (hope) ความสิ้นหวัง (despair) และความหมดหวัง (hopelessness) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Kylma, 2005)

1. ความหวัง (hope) ความหวังทำให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการต่อสู้กับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ ความหวังเป็นการตระหนักถึงสิ่งที่จะได้รับจากการมีชีวิต และบุคคลมีความเชื่อในคุณค่าของการมีชีวิตทั้งปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะความหวังสามารถแสดงให้เห็นถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่เป็โรคนอกคอส โดยเฉพาะจากการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความพยายามและเชื่อว่า จะดำเนินชีวิตต่อไปได้ การย้อนกลับมาทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา การหักเหความสนใจจากการเจ็บป่วยไปสู่มุมมองอื่นที่ดีกว่า เปิดมุมมองสู่อนาคต เป็นต้น (Kylma, 2005)

2. ความสิ้นหวัง (despair) เป็นการเกิดสิ่งที่ทำให้ทุกข์ทรมานอย่างใหญ่หลวงซึ่งจะเป็นตัวทำลายความหวังและนำไปสู่ความหมดหวัง (hopelessness) เนื่องจากบุคคลนั้นจะ หุดและนั่งเฉยต่อสถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนั้นรวมทั้ง สูญเสียสิ่งที่มีอยู่และมีชีวิตอยู่อย่างตึงเครียด ไม่มีโอกาสที่จะเป็นไปได้ในการมีชีวิตอยู่ ไม่มีเป้าหมายในอนาคต

3. ความหมดหวัง (hopelessness) เป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่ามีพลังที่จะทำอะไรๆ มีชีวิตอยู่ด้วยความว่างเปล่าไม่มีความหวัง จิตใจหดหู่ขาดแรงจูงใจ เกิดภาวะเบื่อหน่ายไม่มีพลังกำลังที่จะต่อสู้ปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ซึ่งบุคคลจะดำเนินชีวิตโดยไม่มีทางเลือก ไม่มีหลักการ และไม่สามารถที่จะหนีความหมดหวังนี้ได้ด้วยตนเอง และนำไปสู่การคิดอยากตายได้

ซึ่งความหวัง ความสิ้นหวัง และความหมดหวังมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้อซึ่งกันและกัน
ตามแผนผังที่ 1



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

แผนผังที่ 1 พลวัตรของความหวังในผู้ที่เป็นโรคเอดส์
(Dynamic of hope in adults living with HIV/AIDS)
ดัดแปลงมาจากไคล์มา (Kylma, 2005)

นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความหวัง (unfolding possibilities) ได้แก่ การป้องกันความสิ้นหวัง การลดระดับความสิ้นหวังและความหมดหวัง การสร้างความหวัง ส่วนปัจจัยสนับสนุนไม่ให้เกิดความหวัง (folding possibilities) ได้แก่ การคุกคามความหวัง การสร้างความสิ้นหวังและความหมดหวัง ซึ่งปัจจัยทั้งสองนี้มีความเกี่ยวข้องกับพลวัตรของความหวังของผู้ที่เป็นโรคเอดส์โดยครอบคลุมรายละเอียดดังนี้ (Kylma, 2005)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความหวัง (unfolding possibilities)	ปัจจัยสนับสนุนไม่ให้เกิดความหวัง (folding possibilities)
ผู้ที่เป็ นโรคเอดส์	<ul style="list-style-type: none"> - มุมมองชีวิตด้านบวก - บุคลิกภาพที่เหมาะสม - การปกป้องตนเอง - คิดทางบวกต่อการติดเชื้อเอช ไอ วี - ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง - ค้นหาแหล่งช่วยเหลือต่างๆ - สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ - สามารถควบคุมและจัดการชีวิตได้ - เปิดมุมมองใหม่ให้กับชีวิตของตนเอง 	<ul style="list-style-type: none"> - มุมมองที่ไม่สร้างสรรค์ต่อการเป็นเอดส์ - ต่ำห็นตนเอง/อับอายที่ติดเชื้อเอช ไอ วี - การติดเชื้อเป็นเรื่องของความทุกข์ - สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง - สูญเสียสมรรถภาพทางเพศและสุขภาพ - ความไม่แน่นอนในชีวิต - หวาดกลัว - สูญเสียการควบคุมตนเอง - ปัญหาความยุ่งยากในชีวิต
สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	<ul style="list-style-type: none"> - มีบุตรและตั้งครรรภ์ - ดำเนินชีวิตด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น - สร้างสัมพันธภาพและเครือข่ายกับผู้ติดเชื้อด้วยกัน และบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน - มองเห็นคุณค่าของตนเองในฐานะเป็นบุคคล 	<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกโดดเดี่ยว - ชีวิตเต็มไปด้วยปัญหา - วิตกกังวลเกี่ยวกับบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน เนื่องจากติดเชื้อเอช ไอ วี - มองไม่เห็นคุณค่าของตนเองในฐานะเป็นบุคคล - ไม่ไว้วางใจผู้อื่น - ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพและเครือข่ายกับผู้ติดเชื้อด้วยกันได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความหวัง (unfolding possibilities)	ปัจจัยสนับสนุนไม่ให้เกิดความหวัง (folding possibilities)
การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการรักษาที่ดีขึ้นและมีหนทางและข้อมูลในการดูแลรักษา - ทราบข้อมูลของแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อต้องการ - ผู้ดูแลมีความหวัง - เริ่มได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ - ได้รับความกิจกรรมที่เสริมสร้างความหวัง - ความก้าวหน้าในการดูแลรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - ความไม่คุ้นเคยต่อการดูแลรักษา - ความไม่แน่นอนในการดูแลรักษา - หวาดกลัวต่อการดูแลรักษาด้วยยา - ไม่ตอบสนองต่อการดูแลรักษาของผู้ดูแล - ไม่ชอบรูปแบบของการดูแล - ผู้ดูแลมีการสูญเสียความหวัง - ได้รับการดูแลไม่เหมาะสม
บุคคลอันเป็นที่รักและธรรมชาติ	<ul style="list-style-type: none"> - ธรรมชาติเป็นที่มาของความหวังและความเข้มแข็ง - การมีบุคคลอันเป็นที่รัก 	<ul style="list-style-type: none"> - ธรรมชาติไม่ได้สอดคล้องกับชีวิตและโลกที่เป็นอยู่
สิ่งแวดล้อมทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - การสื่อสารที่สร้างสรรค์เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับการติดเชื้อเอชไอวี - บุคคลอื่นมีเจตคติทางบวกต่อการติดเชื้อเอชไอวี - กฎหมายคุ้มครอง 	<ul style="list-style-type: none"> - บรรทัดฐานและคุณค่าของสังคมทำให้เกิดความยุ่งยากในการมีชีวิต - บุคคลอื่นมีเจตคติทางลบต่อการติดเชื้อเอชไอวี - กลัวความมั่นคงทางสังคมเปลี่ยนไป - การสื่อสารที่ไม่สร้างสรรค์เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับการติดเชื้อเอชไอวี

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของความหวังเป็นการรับรู้ การแปลความและการตอบสนองของแต่ละบุคคลที่มีต่อประสบการณ์ หรือสถานการณ์ในชีวิตที่มีผลกระทบต่อองค์ประกอบ 4 ประการของความหวัง (Farran, Popovich & Herth, 1995) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความหวังเป็นสิ่งที่ถูกกระตุ้นให้เกิดขึ้น ก็ต่อเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติของชีวิตหรือก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการเกิดความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความพิการ การสูญเสียภาพลักษณ์ หรือคุณภาพชีวิต

2. ความหวังมีพื้นฐานมาจากความเชื่อถือ ความศรัทธา ความเป็นอิสระ และการมีภาวะเหนือตนเอง ซึ่งทั้งหมดเป็นความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ดังนั้นความหวังจึงมีลักษณะเป็นความศรัทธาในตนเองหรือผู้อื่น เป็นความเชื่อมั่นในสิ่งที้อาจจะยังไม่ได้รับการพิสูจน์ หรือเป็นความรู้สึกมั่นใจในสิ่งที่ไม่มีความแน่นอน ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือการประกอบพิธีกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อของตน

3. ความหวังเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่ตนเองต้องการและมีความเป็นไปได้ในความเป็นจริง การแสวงหาแหล่งประโยชน์ การประเมินความสามารถของตนในการควบคุมตนเอง และสถานการณ์รอบตัว และการวางแผนเพื่อบรรลุสิ่งที่มุ่งหวัง

4. ความหวังมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างตนและบุคคลอื่น เนื่องจากความหวังมีพื้นฐานมาจากความไว้วางใจ ความรัก การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า

กล่าวโดยสรุป ความหวังเป็นประสบการณ์ของบุคคลเมื่อประสบกับภาวะวิกฤติในชีวิต มีความไม่คงตัว สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในชีวิต รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังจึงจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ช่วยผลักดันให้เกิดความหวังในบุคคล และสามารถนำประสบการณ์ของการเสริมสร้างความหวังซึ่งจากการศึกษาของคาร์สันและคณะ (Carson et al., 1990) พบว่าผู้ที่ป่วยโรคเอดส์เป็นผู้ที่สามารถเสริมสร้างความหวังหรือคงความหวังไว้ได้ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างความหวังมีหลากหลายแนวคิดเช่นแนวคิดของเฮิร์ท (Herth, 1992) แนวคิดของคูฟอล์ทและมาทอคชีโอ (Dufault & Martocchio, 1985) รวมทั้งแนวคิดของเฟอร์เรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดของเฟอร์เรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งกระบวนการเกิดความหวัง (hope process framework) ที่รวบรวมมาจากข้อมูลของความหวังของศาสตร์ต่างๆ ได้แก่ ปรัชญา ศาสนา การพยาบาล แพทย์ศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมวิทยา

ความหวังในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ที่เป็นโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมาเพื่อปรับความสมดุลของชีวิต แม้ว่าความหวังนั้นอาจจะมีความเป็นไปได้หรือไม่ก็ตาม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540, Carson, Soeken, Shanty & Terry, 1990; Relf, 1997) จาก

การศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์มีความหวังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังเช่นการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยโรคเอดส์เพศชาย 30 รายและผู้ป่วยโรคมะเร็งชาย 30 ราย ของซาร์นา นนา เซอร์เวลเลน และพาดิลลา (Sama, Servellen & Padilla, 1996) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีระดับความสิ้นหวังต่ำกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็ง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ยังมีความหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังเช่น การศึกษาของมารยาท วงษาบุตร (2539) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังด้านความรู้สึกร่างกายในที่พร้อมและคาดหวังในทางบวกมากที่สุด รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและบุคคลอื่น และด้านความรู้สึกร่างกายที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคตตามลำดับ การศึกษาของบุญทิศา โพรธิเจริญ (2539) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังในชีวิตด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรม ด้านเวลา และด้านสภาพการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความคิดและด้านความผูกพันอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดลง เนื่องจากเกรงว่าการติดเชื้อเอชไอวีของตนจะได้รับการเปิดเผยรวมทั้งการศึกษาของกนกเลขา แก้วสว่าง (2540) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความหวังโดยรวมและรายได้อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนสูงที่สุดคือ ความหวังที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจและความเพียรพยายาม รองลงมาคือ ความหวังที่สัมพันธ์กับความกล้า ความหวังที่สัมพันธ์กับทางเลือก ความหวังที่สัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังที่สัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น และความหวังที่มุ่งเน้นอนาคตตามลำดับ

นอกจากการศึกษาระดับของความหวังแล้ว ยังมีการศึกษาความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเด็นอื่น ได้แก่ การให้ความหมายของความหวังในการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการจำนวน 11 ราย ของฮอลล์ (Hall, 1991) ซึ่งพบว่าความหวังหมายถึง การมีชีวิตอยู่ ความหวังทำให้มีการรับรู้ในทางที่ดีเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้า และเป็นสิ่งที่ต้องรักษาไว้ตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่สำหรับสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาเชิงคุณภาพของฮอลล์ (Hall, 1991) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์มีความมุ่งหวังเกี่ยวกับการมีชีวิตที่ดีในอนาคตถึงแม้ว่าอยู่ในฐานะผู้ติดเชื้อเอชไอวี การค้นพบความหมายหรือเหตุผลของการคงอยู่ของชีวิต และการมีอาชีพหรือวิธีการรักษาโรคเอดส์อื่น ๆ ที่ได้ผลและการศึกษาในผู้ป่วยเอดส์ชาย 10 ราย หญิง 10 รายของโคเวิร์ด (Coward, 1994) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายมีความมุ่งหวังที่จะมีชีวิตอยู่ยืนยาว ค้นพบความหมายของการมีชีวิตอยู่จากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างตนกับบุคคลอื่น สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมีความมุ่งหวังว่าจะต้องมีชีวิตอยู่ยืนยาวเพื่อดูแลบุตร และหวังว่าจะมีชีวิตอยู่เพื่อคนที่เขารักและรักเขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของบ่าเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ที่จำแนกความหวังของสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคอีสานออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความหวังที่เป็นจริง ซึ่งเป็นความหวังที่พบในผู้ที่ยอมรับสภาพ

ความเป็นจริงของตนเองได้ โดยมีความมุ่งหวังที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสภาพการเป็นผู้คิดเชื่อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์ต่อไปอย่างมีความหมาย มีคุณค่า รวมทั้งสามารถทำประโยชน์ให้ทั้งต่อตนเอง ผู้เป็นที่รัก หรือสังคม 2) ความหวังหลอกหรือไม่เป็นจริง พบในผู้ที่ยังไม่สามารถทำได้ ยังไม่ยอมรับความจริง ได้แก่ ความมุ่งหวังว่าจะมีผู้ค้นพบยารักษาโรคเอดส์ได้ หรือมุ่งหวังว่าจะสามารถหายจากโรคเอดส์ได้

ปัจจัยที่มีผลต่อความหวัง

เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) ได้ศึกษาความหวังของผู้คิดเชื่อเอชไอวี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความหวังมี 5 ประการ ได้แก่ การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ความรู้ที่คิดว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสำนึกในคุณค่าของตน และความเชื่อทางศาสนา ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าเอกสารเพิ่มเติมตามปัจจัยดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งความหวังมีความเกี่ยวข้องกับแผนการดูแลรักษา เนื่องจากความหวังช่วยกำหนดเป้าหมายและรับรู้ประโยชน์ของแผนการดูแลรักษา ดังนั้นการให้ข้อมูล การเสริมสร้างพลังอำนาจและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเสริมสร้างความหวัง (Davison & Simpson, 2006)

2. ความรู้ที่คิดว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับหนทางในการคงไว้ซึ่งความหวังในผู้คิดเชื่อเอชไอวีจำนวน 10 รายของฮอลล์ (Hall, 1994) พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการควบคุมอารมณ์ เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองของชีวิต ทักษะคิด การจัดลำดับความสำคัญของการดำรงชีวิตอยู่ การมองสถานการณ์ในแง่บวก และการอุทิศตัวให้ทำงานอาสาสมัครหรือต่อสู้เพื่อสิทธิของกลุ่มผู้คิดเชื่อเอชไอวีด้วยกัน

3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้างในชุมชน จากผู้ที่เป็นโรคเอดส์ด้วยตนเอง และจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน เช่น ความช่วยเหลือทางการเงินในรูปแบบเบี้ยยังชีพ (เดือนละ 500 บาท) ทุนประกอบอาชีพ การให้ทุนการศึกษาของบุตร (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2541)

4. ความสำนึกในคุณค่าของตน ซึ่งจะนำไปสู่การมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยมีที่มาของความรู้ที่คิดว่าตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เช่น รับรู้ว่าตนมีภาระในการเลี้ยงดูบุตร การได้ทำ

ประโยชน์โดยการเป็นอาสาสมัครทำงานให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีโอกาสในการทำประโยชน์ให้กับเพื่อนผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2541)

5. ความเชื่อทางศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ เช่น กิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อถือ ศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ อาจจะมีผลต่อความหวังซึ่งเกิดจากการช่วยเหลือของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ หวังอยากให้มีปาฏิหาริย์ช่วยให้ได้อย่างที่หวัง (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2541)

นอกจากนี้ ไชเจล และ เมย์เยอร์ (Siegel & Meyer, 1999) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับมุมมองด้านบวกของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากมีการคิดฆ่าตัวตายที่เกี่ยวกับความหวังและการสร้างกำลังใจ (resilience) พบว่า การคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นการเผชิญปัญหาของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้มีความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น สามารถเสริมสร้างการควบคุมการดำเนินชีวิตและการช่วยเหลือตนเองและค้นหาความช่วยเหลืออื่นได้ มีความมุ่งมั่นในการดำเนินชีวิตรวมทั้งสามารถทบทวนเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ที่สามารถเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตของตน จะเห็นได้จากการศึกษาของคาร์สันและคณะ (Carson and et el, 1990) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีวิธีการปฏิบัติคือ สร้างอารมณ์และความคิดในทางบวก ที่ประกอบด้วยความศรัทธาต่อหนทางที่จะทำให้สิ่งที่ต้องการได้รับการตอบสนอง หรือการหลุดพ้นจากความยากลำบากได้

การเสริมสร้างความหวังในผู้ที่เป็นโรคเอดส์

การเสริมสร้างความหวังเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้มีความรู้สึกในทางบวก มีความมุ่งมั่น กล้าหาญ สงบสุข ตั้งความหวังอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง กล้าเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ โดยไม่รู้สีกกลัวหรือท้อแท้ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความหวังดังกล่าว มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความหวัง การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นมาเพื่อปรับความสมดุลของชีวิต แม้ว่าความหวังนั้นอาจจะเป็นไปได้หรือไม่ก็ตาม (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540; Carson, Soeken, Shanty & Terry, 1990; Relf, 1997) ความหวังเป็นเสมือนแรงขับ แรงผลักดันที่เป็นพลวัตหลายมิติ มีลักษณะเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความคาดหมายถึงการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญต่อชีวิตในอนาคต แม้จะมีความไม่มั่นใจรวมอยู่ด้วย บุคคลมีความหวังเกิดขึ้นจากการรับรู้ การแปลความ และการตอบสนองต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิต (Dufault & Martocchio, 1985) และความหวังยังเป็นศูนย์กลางของความเชื่อและความศรัทธาที่ทำให้บุคคลมองเห็นหนทางที่ทำให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตได้รับการตอบสนองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต (อุบล นิวัติชัย, 2528) ดังนั้นการเสริมสร้างความหวังจำเป็นต้องมีกระบวนการที่ช่วยผลักดันให้เกิดความหวังในบุคคล ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้าง

ความหวังมีหลากหลายแนวคิด เช่น แนวคิดความหวังของเฮิร์ท (Herth, 1992) แนวคิดของ คูฟอล์ท และ มาทอคซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) รวมทั้งแนวคิดของเฟอเรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดของ เฟอเรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ที่เป็น โรเคอด้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็น กระบวนการเกิดความหวัง (hope process framework) ที่รวบรวมมาจากข้อมูลของความหวังของ ศาสตร์ต่าง ๆ ได้แก่ ปรัชญา ศาสนา การพยาบาล แพทยศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมวิทยาทั้งหมด ประกอบด้วย 4 กระบวนการ และในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวคิดของ เฟอเรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) ทั้งหมด 8 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กระบวนการประสบการณ์ (experiential process) เป็นกระบวนการที่บุคคลค้นหา และทำความเข้าใจกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หรือก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการเกิดความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความพิการ การสูญเสียสภาพลักษณะหรือคุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลเกิดการค้นหาความหวัง เพื่อที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานและได้รับความสุขสบาย

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนกระบวนการประสบการณ์ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 2 ครั้งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกได้ค้นหาและทำความเข้าใจกับสถานการณ์ แสวงหา ความหมายในด้านบวก ตั้งความหวังที่มีความหมาย

2. กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (relational process) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีพื้นฐานที่เกิดจากความรัก ความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า ก่อให้เกิดความหวัง

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการเสริมสร้างความหวังกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 2 ครั้งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิก พัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและรู้สึกได้รับการยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่าและให้สมาชิกเกิดความหวังที่จะมีชีวิต

3. กระบวนการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (spiritual or transcendent process) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นไปยังความสัมพันธ์กับสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล เป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ เชื่อมั่นในสิ่งที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ เกิดความรู้สึกมั่นใจสิ่งที่ไม่มีความแน่นอน หรือการยึดถือเอาสิ่งที่ผูกพันทางจิตใจ เป็นที่ยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางใจ โดยที่บุคคลเชื่อว่าเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้ค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตได้

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนกระบวนการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจประกอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 2 ครั้งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญต่อจิตใจของตนเองสร้างขวัญและกำลังใจแก่สมาชิก

4. กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (rational thought process) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล เนื่องจากการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตและความเป็นไปได้ในความเป็นจริงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบุคคล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้น บุคคลจะต้องมีกระบวนการคิดและกระทำตามที่ได้วางแผนไว้ ในส่วนของความหวังนั้นจะเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยที่ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จนั้นจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน และสามารถจัดหาแหล่งประโยชน์สนับสนุนต่อเหตุการณ์ในอนาคตได้

ในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลประกอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่มจำนวน 2 ครั้งซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกวิเคราะห์ตนเองตั้งเป้าหมายในอนาคตประสบการณ์ในอดีตจะช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุการณ์ในปัจจุบันและหาแหล่งสนับสนุนภายในภายนอกเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

ความหวังเป็นแนวคิดที่มีลักษณะเป็นพลวัต สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เนื่องจากความหวังเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ จากการรับรู้ การแปลความและการตอบสนองของแต่ละบุคคลที่มีต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิต ดังนั้นหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะวิกฤตในชีวิต ประกอบกับการมีปัจจัยต่างๆ ทั้งจากภายในและภายนอกตนเอง ที่มีผลกระทบทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อกระบวนการความหวังดังกล่าว จะทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาความหวังขึ้นมา เพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นความหวังที่เกิดขึ้นทันที เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หลังจากนั้นบุคคลจะมีความหวังเกิดขึ้นจากการได้รับกำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด หรือมีสิ่งที่เป็นที่พึงพอใจเพื่อให้จิตใจมีความผ่อนคลายและสงบ เกิดสมาธิและความคิดตัดสินใจในการตั้งเป้าหมาย วางแผนเพื่อกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ส่งผลให้สถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตเป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Ferran, Wilken & Popovich, 1990; Herth, 2001)

สำหรับกระบวนการเสริมสร้างความหวังในผู้ที่เป็นโรคเอดส์นั้น บุคลากรจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเอดส์มีความหวังในการดำเนินชีวิต สามารถกำหนดเป้าหมายของชีวิตได้ มีแรงบันดาลใจในการเผชิญปัญหาเมื่อประสบกับภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะการคิดอยากฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาสำคัญยิ่งต่อการสาธารณสุข และสถานบริการสุขภาพต้องดำเนินการป้องกันเพื่อวางแผนแก้ไขอย่างเร่งด่วนต่อไป

ระบบการให้บริการแก่ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลสันทราย

โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีการจัดระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ คือ บริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลสันทราย บริการสำหรับผู้ป่วยเอดส์ ในการรับยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลสันทรายโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

บริการขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลสันทราย

บริการขั้นพื้นฐานที่โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ทุกราย (โรงพยาบาลสันทราย, 2548) ได้แก่

1. บริการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ จัดตามระยะอาการของโรคคือ มีการประเมินภาวะผู้ป่วย (initial assessment) การดูแลผู้ป่วยวันโรค มีระบบการให้การปรึกษาหรือมีระบบการติดตามเยี่ยมดูแล ฯลฯ เพื่อให้การรับยาอย่างต่อเนื่อง รักษาตามการติดเชื้อฉวยโอกาสและให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามนโยบายของรัฐบาล

2. เน้นการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย ได้มีการปรับกระบวนการทัศนทั้งระบบ โดยยึดแนวคิดที่ให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่เจ็บปวดไม่ได้รับความทุกข์ทรมานและไม่โดดเดี่ยวตายอย่างมีศักดิ์ศรี โดยให้ผู้ป่วยเอดส์ ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายนี้และมีการอบรมอาสาสมัครผู้ป่วยเอดส์และญาติในการดูแลผู้ป่วย

3. มีการจัดระบบการบันทึกและติดตามการให้การดูแลรักษา

3.1 มีการบันทึกการใช้จ่าย เก็บไว้ประจำตัวผู้ป่วยและในสถานบริการ เช่น สมุดบันทึก ประจำตัว ทะเบียนประวัติ

3.2 กรณีผู้ป่วยนอก ได้มีการวางแผนการดูแลสุขภาพเป็นระยะหรือกรณีที่เป็นผู้ป่วยใน ได้จัดให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge plan) ให้ครอบคลุมตามปัญหาของผู้ป่วย

4. จัดให้มีระบบการติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4.1 มีการนัดหมายมารับบริการชัดเจน (ให้ตรงกับคลินิกเฉพาะประจำวันและจัดการบริการโดยเจ้าหน้าที่งานเอดส์ ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรค) อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจตรงกัน

4.2 มีระบบติดตามในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามนัด เช่น การออกเยี่ยมบ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน (home health care team) การโทรศัพท์ตามหรือส่งจดหมายตามแจ้งผ่านสถานี

อนามัย ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยทำการตกลงกับผู้ป่วยไว้ว่าจะให้ติดตาม โดยวิธีการใดหากผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย

4.3 ถ้าติดตามแล้วพบอาการแทรกซ้อน ให้พบแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษา

บริการสำหรับผู้ป่วยเอดส์ในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโรงพยาบาลสันทราย

โรงพยาบาลสันทราย ได้จัดให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมโครงการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (antiretroviral [ARV]) ซึ่งเป็นการรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย ช่วยควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีในร่างกาย ไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันของโรค ป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้มีการดำเนินของโรคช้าลง สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีอัตราการเสียชีวิตลดลง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถรักษาด้วยยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องมีการเจาะเลือดหาซีดีโฟร์ (CD₄) เพื่อประเมินระดับของเชื้อไวรัสในกระแสเลือด

1. กลุ่มติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ จะมีการประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิก ตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด
2. กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับการประเมินอาการทางคลินิก การตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด ตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ตรวจนับเม็ดเลือด (cell blood count) , การตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบ (HbsAg) และเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) เพื่อประเมินในการรับยาต้านไวรัส รักษาอาการติดเชื้อฉวยโอกาส รับยาป้องกันปอดอักเสบและยาป้องกันเชื้อราที่สมอง ถ้าระดับระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อมิลลิเมตร ให้ยาป้องกันปอดอักเสบและยาป้องกันเชื้อราในสมอง แต่ถ้าระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) 100 - 200 เซลล์ต่อมิลลิเมตร ให้ยาป้องกันปอดอักเสบ

ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ควรได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะดังนี้ (โรงพยาบาลสันทราย, 2548)

1. เจาะเลือดหาระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) ทุก 6 เดือน (ถ้าเป็นไปได้ควรเจาะ viral load ทุก 6 เดือน)
2. เจาะเลือดนับเม็ดเลือดขาวและตรวจหาเชื้อตับอักเสบบ (CBC , HbsAg) ทุก 3 เดือน
3. ตรวจอะไมเลส (amylase) หากมีอาการปวดใต้ชายโครงข้างขวา
4. ตรวจเลือดหาระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) , ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) และ

ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ทุก 6 เดือน ถ้าวรับประทานยาสูตร โปรเตียส อินฮิบิเตอร์ (protease inhibitors)

6. ติดตามผลข้างเคียงของยา

7. ตรวจหาการดื้อยาใน

7.1 ผู้ป่วยมีอาการแย่งลงหรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสขึ้นระหว่างรักษา (clinical failure)

7.2 ผู้ป่วยเอดส์ที่มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) ลดลงมากกว่า 30 % จากค่าสูงสุดเดิมอย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน (immunological failure)

7.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลังจากรับประทานยาต้านไวรัสนาน 16 – 24 สัปดาห์ยังไม่สามารถลดปริมาณไวรัสถึงระดับที่เหมาะสมหรือมีปริมาณไวรัสสูงขึ้นไปใหม่ได้ โดยเฉพาะมากกว่า 1,000 ก๊อปปี้ต่อมิลลิเมตร (copies/mL.) (virological failure)

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สามารถรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (โรงพยาบาล สันทราย, 2548)

1. กลุ่มติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ จะมีการประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิก ตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด

2. กลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ จะได้รับการประเมินอาการทางคลินิก การตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด ตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคเป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน เจาะเลือดหาระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) เพื่อประเมินในการรับยาต้านไวรัส รักษาอาการติดเชื้อฉวยโอกาส

2.1 ถ้าวัดระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อมิลลิเมตร ให้ยาป้องกันปอดอักเสบและยาป้องกันเชื้อราในสมอง

2.2 ถ้าวัดระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) 100 – 200 เซลล์ต่อมิลลิเมตร ให้ยาป้องกันปอดอักเสบ

2.3 นัดตรวจระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD₄) ทุก 6 เดือนและติดตามอาการทุก 1 เดือน

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การให้บริการสำหรับผู้ที่เป็นโรคเอดส์ของโรงพยาบาลสันทราย คือ การให้บริการรักษาพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การติดตามการรักษาฤทธิ์ข้างเคียงของยา การประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้าน แต่ระบบบริการยังขาดกระบวนการเสริมสร้างความหวังสำหรับผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งจะได้หาแนวทางในการจัดระบบบริการที่ครอบคลุมต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่เป็โรเคดส์ต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบทางด้าน จิตใจ อารมณ์ และสังคมมากมาย หรือการสูญเสียบทบาทหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว และกระทบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคม มีความวิตกกังวล ท้อแท้ ไม่มีที่พึ่ง ซึมเศร้า หดทก้าลังใจ ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ไม่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้ผู้ที่เป็โรเคดส์ไม่มี ความหวังในการดำเนินชีวิต และนำไปสู่การคิดอยากฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นความหวังจึงเป็น สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกสิ้นหวัง ทำให้การดำเนินชีวิตมีความหมาย และพบว่าความหวังเป็น สิ่งประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็โรเคดส์มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความเครียด ลดผลของ การเจ็บป่วย สามารถช่วยให้บุคคลมีชีวิต การเสริมสร้างความหวังซึ่งผู้ศึกษาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการเสริมสร้างความหวังของเฟอแรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich,1990) ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการประสบการณ์ กระบวนการ สร้างความสัมพันธ์ กระบวนการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ที่เป็โรเคดส์มีความหวังมากขึ้น ซึ่งการที่มีความหวังเพิ่มขึ้นน่าจะทำให้ผู้ที่เป็โรเคดส์ มีการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง