

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 สัปดาห์ (one group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ที่มีคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป) ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือน มิถุนายนถึง กรกฎาคม พ.ศ.2549 จำนวน 15 คน

ผลการศึกษา ได้นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคิดอยากฆ่าตัวตาย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 37.47 โดยมีอายุระหว่าง 31-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 53.3 มีคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างความหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และมีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย ร้อยละ 46.6 รายละเอียดดังตารางที่ 1

#### ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ คะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายก่อนเข้าโปรแกรม และสถานภาพสมรส ( $n = 15$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	33.3
หญิง	10	66.7
อายุ (ปี)		
21 – 30 ปี	2	13.3
31 – 40 ปี	8	53.3
41 – 50 ปี	5	33.4
(Range = 24 – 47 ปี, $\bar{X}$ (SD) = 37.47 (6.17), Mode = 34 ปี)		
คะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายก่อนเข้าโปรแกรม		
7 – 12 คะแนน (ปานกลาง)	10	66.7
13 คะแนนขึ้นไป (ระดับสูง)	5	33.3
สถานภาพสมรส		
โสด	1	6.8
คู่	7	46.6
หม้าย	7	46.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.7 และมีรายได้ไม่น้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.0 รายละเอียดดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ป่วย (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	14	93.3
คริสต์	1	6.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	66.7
มัธยมศึกษา	4	26.7
อนุปริญญา	1	6.6
อาชีพ		
รับจ้าง	10	66.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	33.3
รายได้ของผู้ป่วย (บาท)		
ไม่มีรายได้	1	6.7
< 1500 บาท	9	60.0
> 1500 บาท	5	33.3

(Range = 0 – 4,000 บาท,  $\bar{X}$  (SD)= 1,500 (1133.89), Mode = 500 บาท)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว 1,000 - 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้ออยู่ระหว่าง 2 - 11 ปี ร้อยละ 66.7 ได้รับความต้านไวรัสเอชไอวี ร้อยละ 86.7 และ ไม่มีบุตร ร้อยละ 80.0 รายละเอียดดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ การได้รับความต้านไวรัส และจำนวนบุตร (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว		
1,000 – 3,000 บาท	9	60.0
3,001 – 5,000 บาท	4	26.7
> 5,000 บาท	2	13.3
(Range = 1,000–12,000บาท, $\bar{X}$ (SD)= 3,900 (2746.43), Mode = 3,000บาท)		
ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ		
1 – 5 ปี	10	66.7
6 – 10 ปี	3	20.0
> 10 ปี	2	13.3
(Range = 2 – 11 ปี $\bar{X}$ (SD) = 5.67 (0.46), Mode = 2 ปี)		
การได้รับความต้านไวรัส		
ไม่ได้รับ	2	13.3
ได้รับ	13	86.7
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	12	80.0
มีบุตร	3	20.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 73.3 สถานภาพในครอบครัว เป็นผู้อาศัยร้อยละ 33.3 และความสัมพันธ์ในครอบครัว ดี ร้อยละ 93.3 รายละเอียดดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะครอบครัว สถานภาพในครอบครัวและความสัมพันธ์ในครอบครัว ( $n = 15$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	4	26.7
ครอบครัวขยาย	11	73.3
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	2	13.3
ผู้อาศัย	5	33.3
คู่สมรส	1	6.7
ญาติ	4	26.7
บิดามารดา	3	20.0
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
ดี	14	93.3
ไม่ดี	1	6.7

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง ร้อยละ 73.3 แต่ได้รับความช่วยเหลือ ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 93.3 รวมทั้งเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื่อ ร้อยละ 86.7 รายละเอียดดังตารางที่ 5

### ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความพอเพียงของรายได้ การได้รับความช่วยเหลือ จากองค์การบริหารส่วนตำบลและการเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื่อหรือชมรม ( $n = 15$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความพอเพียงของรายได้		
พอเพียง	4	26.7
ไม่พอเพียง	11	73.3
การได้รับความช่วยเหลือ ได้รับจากองค์การบริหารส่วนตำบล		
ได้รับ	14	93.3
ไม่ได้รับ	1	6.7
การเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื่อหรือชมรม		
เป็นสมาชิก	13	86.7
ไม่ได้เป็นสมาชิก	2	13.3

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้านโภชนาการ ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย ผอม ร้อยละ 33.2 รองลงมา คือ ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP) และระบบผิวหนัง ได้แก่ คุ่มหนอง ร้อยละ 20.0 เท่ากัน ดังรายละเอียดตารางที่ 6

### ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเจ็บป่วย ( $n = 15$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระบบผิวหนัง		
คุ่มหนอง	3	20.0
งูสวัด	1	6.7
ระบบทางเดินอาหาร		
เชื้อราในปาก	1	6.7
ระบบทางเดินหายใจ		
Pneumocystis Carinii Pneumonia (PCP)	3	20.0
ภูมิแพ้	1	6.7
ระบบทางเดินปัสสาวะ		
เป็นฝีหนองในไต	1	6.7
ระบบโภชนาการ		
ซีด อ่อนเพลีย ผอม	5	33.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ยาหรือสารเสพติด ร้อยละ 60.0 และไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 93.3 โดยเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีแขวนคอ 1 ราย (ร้อยละ 6.7) รายละเอียดดังตารางที่ 7

### ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ( $n = 15$ )

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยาหรือสารเสพติด		
สุรา	5	33.3
ยาบ้า	1	6.7
ไม่ใช้	9	60.0
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย		
เคย (แขวนคอ)	1	6.7
ไม่เคย	14	93.3

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการคิดอยากฆ่าตัวตาย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลงในทุกช่วงของการวัดโดยระยะหลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุดทันทีและระยะ 1 สัปดาห์หลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุด รายละเอียดดังตารางที่ 8

### ตารางที่ 8

เปรียบเทียบคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความหวัง

รายที่	ติดตามผลการรักษา		
	ก่อนการเสริมสร้าง ความหวัง	หลังการเสริมสร้าง ความหวังสิ้นสุดทันที	1 สัปดาห์หลังการ เสริมสร้างความหวังสิ้นสุด
1	12	4	6
2	10	3	0
3	7	1	1
4	9	8	1
5	14	6	0
6	10	2	2
7	11	1	0
8	11	4	0
9	17	9	1
10	13	7	3
11	18	3	1
12	7	2	1
13	8	6	4
14	7	2	2
15	13	5	3

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระยะก่อนการเสริมสร้างความหวัง ระยะหลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุดทันที และระยะ 1 สัปดาห์หลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุด พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับ .001 รายละเอียดดังตารางที่ 9

### ตารางที่ 9

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อมีการวัดซ้ำของคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการวัดครั้งที่ 1 ถึง ครั้งที่ 3 ( $n = 15$ )

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ระหว่างกลุ่ม	1560.556	1	1560.556	172.786	.000
ภายในกลุ่ม	680.711	2	340.356		
รวม	2241.267	3			

เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการวัดทั้ง 2 ครั้ง พบว่า ก่อนการเสริมสร้างความหวัง (ครั้งที่ 1) กับหลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุดทันที (ครั้งที่ 2) รวมทั้งก่อนการเสริมสร้างความหวัง (ครั้งที่ 1) กับระยะ 1 สัปดาห์ หลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุด (ครั้งที่ 3) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 10

### ตารางที่ 10

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายที่ได้ผลแตกต่าง ( $n=15$ )

ผลต่างรายคู่ของระดับปัญหา	mean difference	sd	p-value
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 2	7.067	.85	.000
ครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 3	9.067	1.04	.000

## การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความหวังต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายใน ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการประเมินการคิด อยากฆ่าตัวตายแล้วพบว่า มีคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการคิดอยากฆ่าตัวตายของเบค สเตียร์และรานีรี่ (Beck , Steer, & Ranciri, 1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) และดัดแปลงโดยผู้ศึกษา ผลการศึกษาได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังมีค่าเฉลี่ยคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 10) ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานการศึกษาที่ว่า คะแนนของ การคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ที่เป็นโรคเอดส์หลังเข้ากลุ่มต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่ม สามารถอธิบายได้ว่าผู้ ที่เป็นโรคเอดส์ได้รับการเสริมสร้างความหวังทำให้การคิดฆ่าตัวตายที่ก่อให้เกิดการพยายามฆ่าตัว ตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ซึ่งสามารถอธิบายตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการเสริมสร้าง ความหวังของ เฟอเรน วิลเคน และ โปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) ได้ดังนี้

กระบวนการประสบการณ์ ผู้ศึกษาได้ให้ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ค้นหาและทบทวนเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตหรือก่อให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการติด เชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์และคุณภาพชีวิต ส่งผลให้เกิดการค้นหา ความหวัง เข้าใจความหมายด้านบวกที่เกิดจากการเจ็บป่วย และได้รับการยอมรับจากผู้อื่นมากขึ้น มีโอกาส ไตร่ตรองความคิดทางบวกมากขึ้น และมองเห็นคุณค่าของตนเองซึ่งในกระบวนการนี้สมาชิกของกลุ่ม ตัวอย่างได้ค้นพบความหมายในด้านบวกของการเป็นโรคเอดส์ดังนี้คือ ได้กลับบ้าน ลูกกลับมาดูแลได้อยู่ ด้วยกันหลังจากถูกแยกไปอยู่กับบิดาเพราะหย่ากัน ได้รับรู้และเข้าใจว่าเป็นเพื่อนแท้เป็นอย่างไร สามีรักและให้การดูแลห่วงใยมากกว่าเดิม ได้รับความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส และยาต้านไวรัส ได้ทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นโดยช่วยเพื่อนที่เป็นโรคเอดส์ มีเพื่อนเพิ่มขึ้น ได้เห็น แบบอย่างของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ที่สามารถฝ่าวิกฤตของชีวิตทั้งด้านการเจ็บป่วยซึ่งผู้ป่วยที่มาเป็นแบบอย่าง (model) นี้เป็นผู้ที่เป็นโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลายอย่างปัจจุบันตามองเห็นข้างเดียวจาก การติดเชื้อไซโตเมกกาโรไวรัส (cytomegalovirus CMV) เคยเป็นเชื้อราในสมอง มีตุ่มตามผิวหนังแต่ สามารถที่จะดูแลตนเองแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่น ได้มีกำลังใจว่าสามารถฝ่าอุปสรรคต่างๆมาได้และ

การเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นสามารถที่จะบรรเทาหรือบางอย่างหายได้และช่วยเหลือผู้อื่นทำประโยชน์เพื่อสังคม

กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ได้มีโอกาสพัฒนาความสัมพันธ์กับสมาชิกภายในกลุ่มที่มีสภาพการเจ็บป่วยที่เหมือนกัน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม สนับสนุนส่งเสริมความหวังซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม รวมทั้งผู้ศึกษาและบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โดยมีพื้นฐานที่เกิดจากความรัก ความไว้วางใจ การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวในขณะที่ทำกลุ่มเสริมสร้างความหวัง ครั้งที่ 3 และ 4 (ภาคผนวก จ) “ขนาดขณะยังมีค่า ตัวเรายังมีความหมายกับลูกกับครอบครัวและพ่อแม่” การยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่าจากสมาชิกด้วยกันเอง ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้น โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแล้วกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มสานฝันกันใหม่” เพื่อเป็นกำลังใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะ ส่งผลให้เกิดความหวังตามมาและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป ช่วยทำให้การคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง

กระบวนการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ผู้ศึกษาให้ผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ได้ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของตนเองและมีการแลกเปลี่ยนสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจซึ่งกันและกัน ซึ่งกระบวนการนี้ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ได้สร้างความสัมพันธ์กับสิ่งที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง อาจเป็นศาสนาหรือพิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล หรืออาจเป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ สิ่งที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ แต่มีความมั่นใจในสิ่งนั้นว่าจะช่วยเหลือตนเองได้ ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เช่น พระพิฆเนศ ศาลเพียงดาในหมู่บ้าน พระพุทธรูป บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ และนับถือพระผู้เป็นเจ้าของสมาชิกที่นับถือศาสนาคริสต์ เป็นต้นโดยสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างความหวังจากการค้นพบความหมายของการมีชีวิตอยู่เกิดจากการมีความมั่นคงทางด้านจิตวิญญาณและปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของตน (Post – White et al, 1997) และความเชื่อทางศาสนาในการสนับสนุนภาวะทางด้านจิตวิญญาณ (Gaskins & Forte, 1995) นอกจากนี้ในสมาชิกบางคนมีการยึดมั่นในคุณงามความดี ซึ่งการยึดถือเอาสิ่งที่ผูกพันทางจิตใจนั้น เป็นการยึดเหนี่ยวและที่พึ่งทางใจโดยที่บุคคลเชื่อว่าเป็นพลังที่ยิ่งใหญ่ที่จะทำให้ค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตได้ ส่งผลต่อการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง

กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาให้ผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ ได้ค้นหาเป้าหมายชีวิตที่สามารถเป็นจริงได้ มีเหตุผลในการกระทำนั้นอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ที่เป็นโรคเอดส์มีการตระหนักและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตและความเป็นไปได้ในความเป็นจริงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับบุคคล ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จนั้น บุคคลจะต้องมีกระบวนการคิดและกระทำตามที่ได้วางแผนไว้ ในส่วนของความหวังนั้นจะเป็นกระบวนการที่สื่อระหว่างเหตุการณ์ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยที่ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จนั้นจะ

ช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเหตุการณ์ปัจจุบัน อย่างเช่น จากการซักถามผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ พบว่า มีความต้องการอยากมีสุขภาพที่ดี ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การทำให้ตนเองได้มีชีวิตอยู่กับลูกหลานๆ ได้ทำประโยชน์เพื่อสังคมอยากพึ่งพาตนเองได้นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้ร่วมกับผู้ที่ เป็นโรคเอดส์มองหาแหล่งประโยชน์สนับสนุนทั้งภายใน ภายนอกตนเองที่จะมีส่วนร่วม ส่งเสริมให้ตนเองบรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ เช่น สมาชิกครอบครัว วัด บุคลากรสาธารณสุข องค์กรช่วยเหลือ สงเคราะห์ต่างๆ เป็นต้น

แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ในการศึกษาครั้งนี้เกิดความหวังมีการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความหวัง มีผลทำให้การคิดอยากฆ่าตัวตายของผู้ที่เป็น โรคเอดส์ลดน้อยลง ดังผลของการศึกษา เนื่องจากคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายลดลง โดยที่ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง สมาชิกไม่ได้รับกิจกรรมพิเศษอื่นๆจากที่ไหนเลยและจากการที่สมาชิกกลุ่มตัวอย่างได้สรุปความรู้สึกหลัง จบโปรแกรมพอสรุปได้ดังนี้คือรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง ได้ค้นพบชีวิตที่แท้จริงของตนเอง ได้สร้าง ความรู้สึกที่ดีและมีความเชื่อมั่นในตนเองพร้อมเผชิญกับความจริง จะใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างไม่ท้อแท้ มี กำลังใจเพิ่มขึ้นที่จะสู้ต่อไป ค้นพบและเข้าใจตนเองมากขึ้น รู้จักวิธีกำจัดความคิดของตนเอง ทำให้เพื่อนๆ เข้าใจในตัวสมาชิกถูกต้องมากขึ้น มีเป้าหมายในชีวิตที่แน่นอนและจะทำให้บรรลุเป้าหมาย (ภาคผนวก จ)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายก่อนการเสริมสร้างความหวังและหลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุดทันที รวมทั้งก่อนการเสริมสร้างความหวังและระยะ 1 สัปดาห์หลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 10) สามารถอธิบายตามแนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ เฟอแรน วิลเคน และโปโปวิช (Ferran; Wilken & Popovich, 1990) ได้ว่า หลังจากผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ได้รับการเสริมสร้างความหวังแล้วทำให้ผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ได้เกิดการเรียนรู้วิธีการที่จะค้นหาความหมายในการดำเนินชีวิต เพื่อวางเป้าหมายที่เป็นจริง มีความตระหนักในการรักษาความหวังไว้ให้คงอยู่ มีความมั่นใจ ความตั้งใจพยายามในการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยสิ่งที่ตนเองยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จนทำให้มีกำลังใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ มีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ รัสเตียน (Rustean, 1995) ที่กล่าวว่า ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลิ้นหวังและจะทำให้การดำเนินชีวิตมีความหมายและมีความสำคัญ รวมทั้งมีความเข้มแข็ง ลดผลการเจ็บป่วย สามารถช่วยให้บุคคลมีชีวิตต่อไปได้ ทั้งนี้การติดเชื่อเอชไอวีเป็นภาวะวิกฤตในชีวิต ที่เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาความหวังในชีวิตของผู้ติดเชื่อเอชไอวีขึ้นมาเพื่อปรับความสมดุลของชีวิต (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540, Carson, Soeken, Shanty & Terry, 1990; Relf, 1997) ซึ่ง ฮอลล์ (Hall, 1991) กล่าวว่า ความหวังเป็นการมีชีวิตอยู่ช่วยให้มีการรับรู้ในทางที่ดีเกี่ยวกับอนาคตข้างหน้าและเป็นสิ่งที่ต้องรักษาไว้ตราบนานเท่านาน

เท่าที่ยังมีชีวิตอยู่สำหรับสิ่งที่มุ่งหวังในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ คาร์สันและคณะ (Carson and et al, 1990) กล่าวว่า ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ที่สามารถสร้างอารมณ์และความคิดในทางบวกแก่ตนเองได้ และมีความศรัทธาต่อหนทางที่จะทำให้สิ่งที่ต้องการได้รับการตอบสนอง หรือการหลุดพ้นจากความยากลำบากได้ จะเป็นผู้ที่สามารถเสริมสร้างหรือคงไว้ซึ่งความหวังในชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ฮอลล์ (Hall, 1994) พบว่า วิธีการควบคุมอารมณ์ เพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ด้วยการปรับเปลี่ยนมุมมองของชีวิต ทักษะคิด การจัดลำดับความสำคัญของการดำรงชีวิตอยู่ การมองสถานการณ์ในแง่บวก และการอุทิศตัวให้การทำงานอาสาสมัครหรือต่อสู้เพื่อสิทธิของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกัน สามารถเสริมสร้างความหวังได้

อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายหลังการเสริมสร้างความหวังสิ้นสุดทันทีกับระยะ 1 สัปดาห์หลังการเสริมสร้างความหวังมีสมาชิกที่มีคะแนนการคิดอยากฆ่าตัวตายเพิ่ม 1 รายคือสมาชิกรายที่ 1 แต่คะแนนการคิดฆ่าตัวตายก็ยังน้อยกว่าระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป) และน้อยกว่าก่อนการเสริมสร้างความหวังทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้มีความคาดหวังว่าอยากเป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นโรคเอดส์ของตนเองเนื่องจากยังมีร่องรอยของการเจ็บป่วยเช่นรอยแผลเป็นจากตุ่มผิวกลิ้งและคิดว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความไม่มั่นคงทางจิตใจในการดำเนินชีวิตจากการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง อาจส่งผลต่อการเสริมสร้างความหวังของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ได้ (Farran, Wilken & Popovich, 1990) ซึ่งความหวังดังกล่าวอาจเป็นเสมือนแรงขับ แรงผลักดันที่เป็นพลวัตหลายมิติ เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในความคาดหมายต่อการบรรลุเป้าหมายที่สำคัญต่อชีวิตในอนาคต แม้จะมีความไม่มั่นใจรวมอยู่ด้วย บุคคลจะมีความหวังเกิดขึ้นจากการรับรู้การแปลความ และการตอบสนองต่อประสบการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิต (Dufault & Martocchio, 1985) แต่มีคะแนนการคิดฆ่าตัวตายลดลง 12 ราย เท่าเดิม 2 ราย (ตารางที่ 8) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หลังจากเป็นผู้ที่เป็นโรคเอดส์ได้รับการเสริมสร้างความหวังแล้ว ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ส่วนใหญ่ยังคงสามารถดำรงชีวิตอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างความหวังและเฟอแรนและคณะ (Farren. et. al., 1990) ที่ต้องการให้บุคคลคงความหวังได้ด้วยการค้นหาและเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตได้โดยการยอมรับในฐานะบุคคลที่มีคุณค่า มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและท้ายที่สุดคือ การมีเป้าหมายของชีวิตที่สามารถเป็นได้จริง ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวที่ผู้ที่เป็นโรคเอดส์ได้รับการเสริมสร้างความหวังจะส่งผลต่อความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป การคิดอยากฆ่าตัวตายลดลงเพื่อประคับประคองชีวิตให้มีความสุขต่อไป และควรจะได้รับเสริมสร้างความหวังเป็นระยะเพื่อกระตุ้นให้มีความหวังอยากมีชีวิตอยู่ตลอดไป

จากการศึกษาพบว่า กระบวนการเสริมสร้างความหวังนั้น ในครั้งนี้ผู้ศึกษาพบว่า ความไว้วางใจในตัวผู้ดำเนินกระบวนการ ทำที่ที่อบอุ่นและความจริงใจที่สมาชิกสามารถสัมผัส ได้ด้วยความรู้สึทงตนเอง ตลอดจนการรักษาความลับในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวของสมาชิก เป็นสิ่งที่สำคัญเพราะจะทำให้สมาชิกกล้าที่จะพูดและแลกเปลี่ยนความรู้สึก การให้เกียรติและ ขอมรับสมาชิกกลุ่ม และการให้สมาชิกตระหนักถึงผลที่จะเกิดกับตัวสมาชิกเอง และความยืดหยุ่น ในการปรับกระบวนการกลุ่มให้สอดคล้องกับบริบทของวิถีชีวิตวัฒนธรรมของสมาชิกกลุ่ม



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved