

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กติดเชื้อเอชไอวี ที่รับรู้ผลการวินิจฉัยและเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่รู้ผลการวินิจฉัยผู้วิจัยในการดูแลขององค์การสยาม-แคร้มุกดาหาร ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก
2. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อเด็ก
3. แนวคิดจิตประสาทมูมิกัมกันวิทยา
4. การรับรู้
5. การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
6. ภาวะซึมเศร้า
7. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
8. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ
9. ความหมายพฤติกรรมการบริโภค
10. ความหมายของการออกกำลังกาย
11. พัฒนาการของเด็กวัยเรียน

1. การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อที่ผ่านจากมารดาที่ติดเชื้อสู่ลูกจากการตั้งครรภ์ซึ่งเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ ตลอดจนถึงการคลอดและการติดเชื้อจากการให้นมบุตร เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์คือไวรัสที่มีชื่อว่า Human Immunodeficiency Virus โดยเข้าไปเจริญเติบโตเพิ่มจำนวนในเม็ดเลือดขาวที่ชื่อว่า CD4 และจะทำลาย CD4 ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ไม่สามารถกำจัดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ที่ร่างกายได้รับมาได้ เมื่อเด็กมีการติดเชื้อที่รุนแรงหรือมีอาการของโรคบ่งแสดงถึงเด็กเข้าสู่ระยะของโรคเอดส์ โดยอาจมีอาการแสดงของโรคเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของโรค อาการแสดงของโรคมีความสัมพันธ์กับระดับ CD4 ของ T helper Lymphocyte เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการโรคเอดส์เร็วกว่าผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับเชื้อจากมารดาจะมีอาการของโรคเอดส์เร็วกว่าเด็กที่ได้รับเชื้อจากการได้รับเลือด อาการโรคเอดส์ของเด็กมี 2 ลักษณะ (ทวี โชติพิทยสุนนท์, 2542 กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2541) คือ

1.1 กลุ่มที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์เร็ว (Rapid progress) มักตรวจพบไวรัสเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ส่วนใหญ่ทารกมักเกิดจากมารดาที่เป็นเอดส์ระยะท้ายๆ เด็กจะมีอาการ

และอาการแสดงของโรคเอดส์ตั้งแต่อายุ 2-3 เดือน เช่น น้ำหนักไม่ขึ้น มีเชื้อราในปาก อูจจาระร่วง มักเสียชีวิตเมื่ออายุ 1-2 ปี

1.2 กลุ่มที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์ช้า (Slow progress) เด็กจะมีอาการของโรคเอดส์น้อย มีชีวิตยาวนานโดยเฉลี่ย 8 ปี ส่วนใหญ่เด็กจะมีอาการ ตับม้ามและต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำลายพาไรติดอักเสบและปอดอักเสบ

2. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อเด็ก

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องของการทำงานของภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันชนิดสร้างแอนติบอดี เป็นเหตุให้เด็กมีการติดเชื้อแบคทีเรียได้บ่อย ตั้งแต่อายุน้อย ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในเลือด เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การติดเชื้อที่ผิวหนัง ลำไส้อักเสบ ต่อมน้ำเหลืองอักเสบ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมักพบในเด็กที่เริ่มมีอาการแสดงของโรคเอดส์ (ซิฆณ พันธ์เจริญ, 2545) ปอดอักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญที่นำเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พบบ่อยในเด็กเล็ก คือ ปอดอักเสบจาก *Pneumocystic Carinii Pneumonia* (PCP) (ซิฆณ พันธ์เจริญ, 2545) ซึ่งเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (Simonds & Orejas, 1998) นอกจากนี้ เด็กอาจจะมีการติดเชื้อรา ซึ่งเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยคือ เชื้อรา *candida albicans* ส่วนใหญ่เด็กจะมีการติดเชื้อราในช่องปาก ถ้าเป็นมากก็จะลุกลามไปยังหลอดอาหารส่วนต้น (วิรัตน์ ศิริสนธิ, 2545) รวมทั้งอาจจะมีการติดเชื้อไวรัส ที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อ *Cytomegalovirus* (CMV) ทำให้เกิดโรคกับหลายอวัยวะ เช่น จอประสาทตาอักเสบ ปอดอักเสบ ลำไส้อักเสบ หลอดอาหารอักเสบ (อังกร เกิดพาณิชย์, 2545)

2.2 ผลกระทบด้านการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายเนื่องจากเด็กมักจะเบื่ออาหาร บางรายมีการติดเชื้อในช่องปากและทางเดินอาหาร มีแผลในช่องปากทำให้เด็กรู้สึกเจ็บปวด เมื่อเคี้ยวอาหาร หรือกลืนอาหาร บางรายมีการติดเชื้อของระบบหายใจมีอาการหายใจลำบาก ไอ ทำให้รับประทานอาหาร หรือดื่มนมได้ลำบาก นอกจากนี้ เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะมีอาการท้องเสียเรื้อรัง และมีการติดเชื้อซ้ำ ๆ มีไข้เรื้อรัง ทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงานและมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เด็กส่วนใหญ่จะมีการเจริญเติบโตช้า มีร่างกายผอม ตัวเล็ก น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ 135 คน พบว่ามีเด็กที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 18.66 เด็กเตี้ย ร้อยละ 27.61 โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานมหาวิทยาลัยมหิดล (องค์การสยาม-แคร, 2547)

เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เนื่องจากการติดเชื้อมวยโอกาสทำให้เด็กเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ขาดการส่งเสริมหรือกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม นอกจากนี้ เชื้อเอชไอวีอาจจะลุกลามไปที่สมอง หรือมีการติดเชื้อของระบบหายใจ ทำให้เด็กมีปัญหาบกพร่องของออกซิเจนเป็นผลให้พยาธิสภาพทางระบบประสาท และทำให้เด็กมีความบกพร่องในพัฒนาการด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการเคลื่อนไหว ภาษา ตลอดจนความสามารถทางพุทธิปัญญาบกพร่อง (นิลวรรณ ฉันทะปรีดา, 2536)

2.3 ผลกระทบด้วยจิตใจ

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นการติดเชื้อที่บุคคลส่วนใหญ่ หวาดกลัวและไม่อยากสัมผัสกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ ถึงแม้ว่าปัจจุบันการประชาสัมพันธ์หรือการเผยแพร่เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์จะมีมากขึ้น ทำให้ประชาชนเข้าใจโรคเอดส์ ผู้ป่วยโรคเอดส์และญาติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ความหวาดกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และโรคเอดส์ก็ใช่ว่าจะหมดไป เนื่องจากโรคนี้อย่างไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการรักษาในปัจจุบัน เป็นเพียงการระงับหรือยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวีเท่านั้น จึงมีเพื่อนบ้านหรือญาติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางรายไม่คบค้าสมาคมหรืออนุญาตให้บุตรหลานของตนเล่นกับเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ หรือเด็กที่มาจากครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้เด็กที่ติดเชื้อเอดส์จะมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีการติดเชื้อซ้ำ ๆ บางครั้งมีอาการรุนแรงและคุณภาพชีวิตต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในเด็กเป็นอย่างมาก เด็กต้องได้รับกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่นหรือได้รับกิจกรรมที่แตกต่างจากกิจกรรมที่บ้าน รวมทั้งต้องพัวพันกับเด็กป่วยอื่นบางครั้งพยาบาลผู้ให้การพยาบาลสวมเครื่องป้องกัน เช่น เสื้อกาวน์ ผ้าปิดจมูก และถุงมือ ทำให้เด็กรู้สึกวุ่นวายแตกต่างจากเด็กอื่น ๆ เด็กอาจจะรู้สึกโดดเดี่ยวว่าเหว่ กลัว และไม่มีเพื่อน ดังการศึกษาของอินสโตน (Instone, 2000) ซึ่งศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การบอกเด็กให้ทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยการติดเชื้อของเด็ก โดยศึกษาในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี อายุ 6-12 ปี พบว่า เด็กรู้สึกโดดเดี่ยวแยกจากสังคม มีภาพลักษณ์ต่อตนเองต่ำ ด้วยเหตุที่เชื้อเอชไอวีสามารถอยู่ในร่างกายของตนเองเป็นระยะเวลานาน และการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการและการให้ยาควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อเอชไอวี โดยให้ยาด้านเชื้อเอชไอวีและยาปฏิชีวนะ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างเรื้อรังและเป็นระยะเวลายาวนาน อาจจะตลอดชีวิตของเด็ก

3. แนวคิดจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา

กลางปี ค.ศ. 1970 ได้มีการพิสูจน์ได้ว่าความเครียดมีผลต่อภูมิคุ้มกันได้ เพราะมีการเกี่ยวข้องกันโดยทางฮอร์โมนจากระบบประสาท (Neuroendocrine) ซึ่งในปัจจุบันนี้นักวิทยาศาสตร์ยอมรับว่าจิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยาสามารถนำมาอธิบายภาวะผิดปกติและ

5. การเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

เมื่อบุคคลต้องประสบกับการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ไม่ว่าจะอาการมากน้อยเพียงใด อาชีพใด เพศหญิงหรือชาย ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใด อายุมากหรือน้อยเพียงใด จากการศึกษาพบว่าใช้เวลาในการปรับตัว และทำให้ยอมรับสภาพแตกต่างกันไป บางรายอาจเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือนานหลายเดือน และบางรายสามารถแปรผันกลับไปกลับมาได้ตามเงื่อนไขปัจจัยต่าง ๆ มีการศึกษาพบว่าจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อมี 3 ระยะ คือระยะที่ 1 เมื่อทราบว่าติดเชื้อจะมีการตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกลียดตัวเอง รู้สึกโชคร้ายเป็นการถูกละทิ้งและรับประทานอาหารไม่อร่อย ระยะที่ 2 จะแสวงหาข้อมูลและบุคลากรสุขภาพ ในเรื่องเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ อาการและความรุนแรงของโรค ระยะที่ 3 เป็นระยะปรับตัว เลือกวิธีการดำเนินชีวิตที่ตนต้องการ ผู้ที่ปรับตัวไม่ถูกต้องจะทำร้ายตัวเองหรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง (พวงทิพย์ ชัยภิบาลสฤต และคณะ, 2534)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อยังมีไม่มาก แต่จากรายงานการศึกษาวิจัยหลายเรื่องที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อและมีวิธีการเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (จงกล ทองโถม, 2533; ทวีทองหงส์วิวัฒน์ และคณะ, 2536ก. 2536 ข.; บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ, 2538; เพ็ญจันทร์ประดับมุก, 2537; Allan, 1990; Getty & Stem, 1990; Weitz, 1989) ซึ่งพอสรุปได้เป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ภาวะวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การตอบสนองจะแตกต่างกันส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาดังนี้ ตกใจ ตกตะลึง ใจหาย ไม่เชื่อ สับสน งุนงง หวาดวิตก โกรธ เสียใจ ไม่สามารถยอมรับได้ ตัดสินใจไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะทำอะไร กลัวคนรอบข้าง รู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสีย และสูญเสียทุกอย่างในชีวิต รวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตาย และมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีความเครียดสูง พยายามปกปิดสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการต่าง ๆ มักไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดหรือยังไม่สามารถปรับตัวได้

ระยะที่ 2 การปรับสภาพจิตอารมณ์ ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์พยายามหาวิธีการหรือเหตุผลอธิบายกับตนเองเพื่อบรรเทาภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ ให้สามารถปรับอารมณ์ความรู้สึก นึกคิดให้ยอมรับแสวงหาความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนใช้วิธีการต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การมีปฏิกิริยาตอบสนองทางบวกได้แก่

หลีกเลี่ยงข้อเท็จจริงด้วยการไม่พูดถึง ไม่คิดถึง อยากรู้ พยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีการพูดถึงโรคเอดส์ บางรายจะหากิจกรรมทำหรือแสวงหาสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ เพื่อให้ลืมเรื่องราวปัญหา

ปฏิเสธไม่ยอมรับ ไม่ยอมรับผลการติดเชื้อพบว่ามี 2 ประเภท คือ ประเภทต่อต้านสังคม จะไม่แสดงปฏิกิริยาต่อการรับรู้ผล ไม่สนใจและไม่เปลี่ยนแปลงชีวิต และประเภทที่ให้ความหมาย

กระบวนการเกิดพยาธิสภาพจากการปรับตัวของมนุษย์ และนำไปให้การดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและรักษาอาการเจ็บป่วย (Zeller, McCain & Swanson, 1996)

ในปัจจุบันนี้ได้มีการนำแนวคิดจิตประสาทมิกซ์กันวิทยามาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะการนำมาวิจัยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันโดยตรง จากการวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับความเครียดการเผชิญปัญหาความทุกข์ทางด้านจิตใจ การให้การดูแลกับการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (McCain & Zeller, 1996) ดังเช่น แม็คเคน และเซลลา (McCain & Zeller, 1995 cited by McCain & Zeller, 1996) ได้ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย จำนวน 53 ราย พบว่าระดับของความเครียดมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับตัวในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมความกดดันทางด้านจิตใจและความไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยและมีความสัมพันธ์ในทางลบกับคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ความเครียดยังมีความสัมพันธ์กับการลดลงของซีดีโฟร์ ที ลิมโฟซัยท์ (CD4 T lymphocyte) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกูดคิน และคณะ (Goodkin et al., 1993 cited by McCain & Zeller, 1996) ซึ่งศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อที่เป็นเกย์ จำนวน 103 ราย พบว่าจำนวนซีดีโฟร์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดและการเผชิญปัญหาโดยการใช้อารมณ์และสอดคล้องกับการศึกษาของอีแวนและคณะ (Evean et al., 1991 cited by McCain & Zeller, 1996) ซึ่งศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 25 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความเครียดและจำนวนคิลเลอร์เซลล์ (Killer cell)

4. การรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ได้รับจากการสัมผัส(สุชาจันทน์เอม, 2541) โดยเริ่มจากการสัมผัสกับสิ่งเร้าผ่านระบบสัมผัส ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น ผิวหนัง แล้วส่งกระแสประสาทไปยังสมอง จากนั้นสมองจะแปลความหมายของอาการสัมผัส (sensation) ออกมาเป็นการรับรู้ว่าสิ่งเร้าที่มาสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไรโดยบุคคลจะให้ความหมายต่อสิ่งเร้าในรูปในรูปของความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดและความคิดเห็น (จิราภรณ์ ตั้งศิริภรณ์, 2541) เมื่อเกิดการรับรู้ จากนั้นจึงจะแสดงพฤติกรรมออกมาตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น สำหรับการแปลความหมายของสมอนั้นจะแปลได้ถูกต้องเพียงใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่างด้วยกัน เช่น ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส การรับรู้เป็นกระบวนการความคิดและจิตใจของมนุษย์เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย แรงผลักดันการรับรู้ของบุคคลแต่ละคนเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆของบุคคลนั้น กระบวนการรับรู้ทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกโดยทางประสาทสัมผัส (King, 1981)

ต่อสิ่งที่เผชิญใหม่ด้วยการปฏิเสธไม่ยอมรับเป็นเรื่องไม่จริง และคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร ยังเป็นปกติ เหมือนเช่นผู้อื่น

ระยะที่ 3 การจัดการและการปรับพฤติกรรมตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับความคิดพยายามหาเหตุผลมาอธิบายกับตนเองในกลุ่มที่หลีกเลี่ยงจะมีการปรับพฤติกรรมในการที่จะบริหารข้อมูลทางสังคมเพื่อปกปิดฐานะการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการติดเชื้อ จะมีการปรับพฤติกรรมที่มุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด

ปกปิดฐานะการติดเชื้อเป็นกลวิธีที่พบบ่อย และมากที่สุดในระยะแรกของการรับรู้การติดเชื้อส่วนใหญ่คือการทำตัวตามปกติ การดำรงความสัมพันธ์ทางสังคมตามปกติ ไม่แสดงปฏิกิริยาที่เป็นพิรุณในสถานการณ์ใด ๆ

เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จะกระทำต่อเมื่อมีความจำเป็นหรือในสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ปรากฏอาการทางร่างกายสถานการณ์ของการบอกผลการติดเชื้อจากเจ้าหน้าที่การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

ยอมรับมีความคิดด้านบวกต่อการเผชิญปัญหาจะสนใจดูแลสุขภาพตนเอง ตามคำแนะนำที่ได้รับตลอดจนสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เพื่อหันเหความสนใจ ไปสู่สิ่งอื่นและลดความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น หากิจกรรมทำไมให้ว่าง ฟังเพลง ทำสมาธิ เป็นต้น

รักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายการให้อาหารเสริมบำรุงร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารแสลงโรคตามความเชื่อ งดสิ่งบันเทิงสุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ ออกกำลังกาย และพักผ่อนให้เพียงพอ ละเว้นพฤติกรรมเสี่ยง ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ยุติการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ จัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะนำไปสู่กิจกรรมที่ทำลายสุขภาพและการรับเชื้อเพิ่ม แสวงหาข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคต จากแหล่งความรู้ต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น เปลี่ยนงาน เปลี่ยนอาชีพ ย้ายที่อยู่ แยกตัวจากสังคม ฝังระวางและสังเกตอาการผิดปกติจากโรคและรักษา เช่น มีไข้ ท้องเสีย มีตุ่มแผลตามผิวหนัง ปากลิ้น เป็นฝ้าหรือแผล แสวงหาความช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ทั้งที่เป็นบริการสุขภาพแบบวิชาชีพ และแบบทางเลือกหรือแบบพื้นบ้าน เช่น การรดน้ำมันต์ การรำผีฟ้า การรักษาด้วยสมุนไพรตลอดจนการพยายามทดลองรักษาเยียวยาแบบต่าง ๆ สร้างความหวังและความหมายใหม่ให้กับชีวิต เช่น มีความหวังว่าอาจมีการค้นพบยาหรือวิธีการรักษาโรคเอดส์ได้

ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์ เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังอาการเริ่มทรุดลงเรื่อย ๆ ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในระยะที่ 3 และพบว่าความพยายามในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตและหาวิธีการรักษาเยียวยาต่าง ๆ ต้องการความช่วยเหลือและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกำลังใจและการดูแลจากครอบครัว ส่วนใหญ่จึงต้องเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมกับผู้ป่วยที่มั่นใจว่าจะสามารถให้การสนับสนุนให้การ

สนับสนุนทางอารมณ์และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ แต่ปัญหาความเจ็บป่วยมักทำให้ต้องแยกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมถูกตัดไป มีปัญหาการทำงานและเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้หลายรายคิดฆ่าตัวตาย

6. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า หรือ Depression มาจากภาษาลาตินว่า Deprive ซึ่งมีความหมายว่าลดต่ำลง หรือต่ำกว่าตำแหน่งเดิม (สมสร เชื้อหิรัญ, 2526) และได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้ เบค (Beck, 1967) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปี่ยงเบน ทางด้านอารมณ์ ด้านการคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม เนื่องจากบุคคลมีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต ทำให้มีลักษณะการแสดงออกคือ ดำหนิและลงโทษตนเอง ประเมินตนเองไร้ประสิทธิภาพ ประเมินคุณค่าตนเองต่ำ เกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจและสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่าง ๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลง

ไซตริน และ แม็คนิว (Cytryn & Mcknew, 1996) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเศร้า หดหวัง รู้สึกผิดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลพบกับการสูญเสียพลัดพราก

คลาร์ค และ แฟร์เบน (Clark & Fairburn, 1997) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ทำให้รู้สึกเศร้าเสียใจมากและหดหวัง การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง โกรธง่าย ความจำไม่ดี มรการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว อ่อนเพลีย การกินและการนอนหลับลดลง ความสนใจสังคมลดลง

โคเวค และ เบค (Kovacs & Beck, 1978) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการทางความคิด ซึ่งเป็นความคิดในด้านลบ เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นและบุคคลเกิดความคิดต่อเหตุการณ์นั้นในด้านลบ เช่น คิดว่าสิ่งไม่ดีที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่ดี ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมโทษตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง

แมทสัน (Matson, 1989) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลสูญเสียความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เคยชอบ เช่น โรงเรียนเพื่อน โทรทัศน์ และกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำแล้วรู้สึกสนุก ทำให้รู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้านั้นมีหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่มีความเหนื่อยหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีจากความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

มณวิภา สาครินทร์ (2538) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง คิดอยากตาย มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงกลายเป็นคนแยกตัวเงียบขรึม

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่มีผู้กล่าวไว้หลายท่าน แต่ละท่านได้ให้ความหมายแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีประเด็นหลักเน้นผลที่เกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวกับอาการแสดงทางร่างกายเมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้า และสำหรับอีกกลุ่มจะเน้นประเด็นหลักที่เหตุของภาวะซึมเศร้า คือเกิดจากการคิดและทำให้เกิดผลที่ตามมาเป็นอาการแสดงต่างๆ สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาภาวะซึมเศร้า ตามความหมายของเบค (Beck, 1967) เนื่องจากได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าครอบคลุมถึงเหตุภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการคิดของบุคคลและผลที่แสดงออกในลักษณะต่างๆ ชัดเจน

สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง ในแต่ละคนอาจจะมีสาเหตุไม่เหมือนกันจึงได้มีผู้อธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ดังนี้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2527)

1. ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical theory of depression) เชื่อกันว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ (neurotransmitters) มีสมมติฐานว่าสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในคน ตามธรรมชาติสารสื่อประสาทในระบบประสาทอัตโนมัติ มี 2 กลุ่มที่สำคัญคือ ซีโรโตนิน (Serotonin) และแคทีโคลามีนต่ำ และอีกแบบก็คือการลดลงของ นอร์อิพิเนเฟริน และซีโรโตนิน เนื่องจากนอร์อิพิเนเฟริน มีคุณสมบัติในด้านกระตุ้นเซลล์ประสาทในสมองทำให้คนตื่นตัว การขาดสารนอร์อิพิเนเฟริน ทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้น จึงมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Brage, 1995; Armitage, Lichter & Niederhuber, 2000)

2. ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic) กล่าวถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะการบกพร่องในพันธุกรรม ได้รับโดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นหนึ่ง เช่น โรคซึมเศร้าชนิด manicdepressive psychosis ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกสบายอย่างมากและภาวะซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน

3. แนวคิดทฤษฎีทางสังคม (Social model) ทฤษฎีทางสังคมอธิบายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์เรียนรู้ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ

- 3.1 การมีสิ่งกระตุ้น (Provoking agent) ภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับเหตุการณ์ชีวิต หรือภาวะยุ่งยากลำบาก เหตุการณ์ชีวิตนี้ หมายถึงการณที่คุกคามกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

เช่น ความเจ็บป่วยของบุคคลที่รัก การตกงาน ส่วนภาวะยุ่งยากลำบาก เช่น ปัญหาความรุนแรงที่มีระยะเวลานานปัญหาโรคเรื้อรัง

3.2 องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเจ็บป่วยได้ง่าย (Vulnerability factors)

3.3 องค์ประกอบที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Symptom formation factors)

สภาพแวดล้อมทางจิตสังคม มีผลต่อระดับความรุนแรงของสภาวะซึมเศร้า เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย การสูญเสีย สภาวะทางเศรษฐกิจ

4. แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (The Psychoanalytic model) ฟรอยด์ (Freud) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาในความภาคภูมิใจในตนเอง บุคคลที่เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายจะเป็นบุคคลที่ในวัยเด็กรู้สึกผิดหวังจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เมื่อโตขึ้นเวลาจะรักใคร่มักจะรักแบบสองฝักสองฝ่าย คือทั้งรักและเกลียด เมื่อต้องสูญเสียความรักหรือเพียงจินตนาการว่าต้องสูญเสียความรักก็จะกระตุ้นให้เกิดความสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และกระตุ้นความรุ่มรวยทำลายตนเองทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542)

อุปนิสัยของการเกิดภาวะซึมเศร้านี้เนื่องมาจากการสูญเสีย (Loss) การสูญเสียอาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริงหรือเป็นเพียงในมโนภาพ (Real or fantasy) ก็ได้ ทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก งาน อาชีพ หรือการสูญเสียอวัยวะสำคัญที่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Loss of self esteem) ก็ทำให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าได้ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้รู้สึกท้อแท้ทางที่จะช่วยเหลือตนเอง เพื่อไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ

5. ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive Learning theory) ทฤษฎีนี้ได้อธิบายเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เกิดจากความบิดเบือนของกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล 3 ลักษณะ (Beck, 1967; Dobson & Craig, 1996; Dryden & Golden, 1987; Hawton, Salkovskis, Kirk & Clark, 1989) ได้แก่

- 1) ความคิดอัตโนมัติ (Autonomic thoughts)
- 2) ความคิดนาร่อง (Schemata or assumptions)
- 3) ความคิดบิดเบือนทางปัญญา (Cognitive distortions)

ความคิดอัตโนมัติ เป็นความคิดแรกที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการไตร่ตรองจะเป็นตัวกำหนดความคิดนาร่องของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น ๆ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ดังนั้น การรับรู้ของบุคคลในสถานการณ์นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความคิดของบุคคลซึ่งอาจจะไม่ใช่ตามสภาพความเป็นจริงก็ได้ และจะส่งผลต่อการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งบิดเบือนไปตามการรับรู้ นั้น ๆ สำหรับความคิดนาร่องหรือระบบความคิดประจำตัว เป็นโครงสร้างทางปัญญาที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจ และสถานการณ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำ

ความเข้าใจ แปลความและจดจำข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งความคิดนาร์่องในผู้ที่มีความซึมเศร้ามีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบการคิดทางลบต่อตนเอง (Negative view of self) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา อันเนื่องจากข้อบกพร่องที่ตนคิดขึ้นเองซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับตนเอง เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ขึ้น ก็จะโทษว่าทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

2. รูปแบบการคิดทางลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว (Negative view of world) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย การถูกใส่ร้ายเป็นประจักษ์จะมองเห็นชีวิตจะมองเห็นชีวิตเต็มไปด้วยการอุปสรรค หรือสถานที่ที่ทำให้เจ็บปวดทั้งหมดนี้จะลดคุณค่าของตนเองลง และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใด ๆ ก็แปลสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมาจึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบ และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

3. รูปแบบการคิดทางลบต่ออนาคต (Negative view of future) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำนายว่าความลำบากในปัจจุบันหรือความทุกข์ยากในปัจจุบัน จะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด ขณะที่มองไปข้างหน้าก็จะพบแต่ชีวิตที่มีแต่ความยากลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่สิ้นสุดทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง สูญเสียความหวังในอนาคตทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ลักษณะของความคิดนาร์่องเช่นนี้ เกิดจากการแปลความสถานการณ์ที่ผิดพลาดส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนความบิดเบือนทางปัญญาเป็นตัวเชื่อมโยงความคิดนาร์่องและความคิดอัตโนมัติ เมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤติในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าต่อมามากอีก ถ้ามีความคิดในทางลบเพิ่มมากขึ้นภาวะซึมเศร้าก็จะมากขึ้น และมีผลย้อนกลับให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มขึ้น ทำให้ความคิดอย่างมีเหตุผลยิ่งลดลงและซึมเศร้ามากขึ้น

ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่า เกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางปัญญา คือเมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป การบวนการทางปัญญาจะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามาทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ นอกจากนั้นทฤษฎีนี้ยังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของคนเราที่แตกต่างกันแม้จะได้รับสิ่งเร้าเดียวกันไว้ว่า แต่ละบุคคลจะมีโครงสร้างทางปัญญา (Cognitive structure) ที่มีความสลับซับซ้อนและความเฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไป ที่เรียกว่า รูปแบบการคิดหรือ สะคีมา (Schema) รูปแบบการคิดเป็นโครงสร้างทางปัญญาที่มีความสลับซับซ้อนที่เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจหรือต่อสถานการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่มากกระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลยังผลให้บุคคลมีพฤติกรรมโต้ตอบต่อสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน

ภาวะซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับประสบการณ์ครั้งแรก ๆ ในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์บางอย่างไม่สามารถควบคุมได้ บุคคลที่จะเกิดภาวะซึมเศร้านั้นรูปแบบการคิดจะจัดกระทำกับบุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่า ตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงหรือแก้เหตุการณ์นั้น และอาจจะประกอบกับการที่บุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤติในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบ ยังผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบเพิ่มมาก ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มมากตามมา (Beck, 1967 & Fennell, 1989)

จากทฤษฎีต่าง ๆ ดังที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดโดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญานิยม (Cognitive learning theory) ของเบค (Beck, 1967) เนื่องจากว่าทฤษฎีนี้อธิบายสาเหตุใหญ่ ๆ ของการเกิดภาวะซึมเศร้านี้มีเพียง 2 ประการ คือ การเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตและความคิดอัตโนมัติในทางลบของบุคคล ซึ่งเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็สามารถที่จะรับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นเหตุการณ์ที่วิกฤติคุกคามชีวิต ส่งผลกระทบมากมายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกสูญเสียขึ้น และเด็กไม่สามารถที่จะแก้ไขหรือช่วยเหลือตนเองได้ ความสูญเสียที่เกิดขึ้นทำให้เด็กมีความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจ เด็กจึงแปลความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบิดเบือนไปตามความรู้สึกของตนเอง ซึ่งจะกระตุ้นให้เด็กเกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบขึ้นทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ทฤษฎีนี้จึงสามารถนำมาอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ดังนี้ คือ

เมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้เด็กต้องเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิต และผลกระทบของโรคและการรักษาที่รุนแรง ผู้ป่วยเด็กเกิดความทุกข์ทรมานต้องใช้เวลาในการรักษานาน ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดี ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย โรคมะเร็งนับเป็นเหตุการณ์วิกฤติที่ไม่สามารถแก้ไขหรือควบคุมได้ จึงถือเป็นสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นทำให้กระบวนการทางความคิดเกิดขึ้น เกิดการรับรู้และแปลความหมาย โดยรูปแบบการคิดจะเป็นในทางลบ แปลเหตุการณ์วิกฤตินี้ในเชิงสูญเสีย มองตนเองว่าไม่มีคุณค่า โทษตนเอง คาดคะเนอนาคตอย่างสิ้นหวัง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นอาจแสดงอาการโดยการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม จะมองตนเองในทางที่ไม่ดี เริ่มรู้สึกเศร้า มีท่าทางที่ไม่มีความสุข ร้องไห้ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ร้องไห้ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (Depressive symptoms)

เมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น จะมีลักษณะอาการที่แสดงออกแตกต่างกันไป ซึ่ง เบค (Beck, 1967) ได้กล่าวถึงลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้าไว้ สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกของบุคคลหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยมีเหตุผลจากความรู้สึกโดยตรง มีการแสดงอาการในลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญ เช่น หดหู่ เศร้าซึม ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส ไม่มีความสุข มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หดก่าลังใจ ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ อารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย และมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ เช่น รู้สึกว่าตนเองผิด บาป ไร้ค่า

2. อาการแสดงออกทางด้านการคิด เป็นความคิดทางด้านลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และต่ออนาคต

ความคิดทางด้านลบต่อตนเอง คือ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ประสิทธิภาพ ต่ำหนิติเตียนตนเอง โทษตนเอง มองตนเองว่าบกพร่อง มีความลำบากในการเลือกและตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ มีความคิดล้าช้า ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และมีการประเมินตนเองต่ำในด้านความสามารถ มีความคิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ มองตนเองว่าไร้ค่า ทำให้รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง คิดว่าตนเองมีอุปสรรคมากมายที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่พอใจตนเอง มองภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้

ความคิดทางด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว คือ มีความคิดว่าชีวิตตนเองมีอุปสรรคมากมายแปลเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้ตนเองได้รับความเจ็บปวด รู้สึกว่าตนเองถูกใส่ร้ายจากบุคคลรอบข้างเป็นประจำ

ความคิดทางด้านลบต่ออนาคต คือ คิดว่าเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่สิ้นสุด มองว่าอนาคตข้างหน้ามีแต่ความยากลำบาก ทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวังต่ออนาคต

3. อาการแสดงเกี่ยวกับแรงจูงใจ เป็นอาการแสดงออกถึงการสูญเสียแรงจูงใจขาดสิ่งกระตุ้น ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความริเริ่ม ขาดพลังใจที่จะทำงานต่าง ๆ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

4. อาการแสดงด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ มีความอยากรับประทานอาหารลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยเป็นอันดับแรกของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เป็นต้น มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยเกือบตลอดเวลา

5. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ความสนใจต่อบุคคลอื่นลดลง เข้ากับผู้อื่นไม่ได้ไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่น แยกตัว หลบหนีจากสังคม

ระดับของภาวะซึมเศร้า

เบค (Beck, 1967) ได้แบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า โดยแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

1. ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น ไม่แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหนงหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ เริ่มรู้สึกไม่พอใจต่ออุปนิสัยของตนเองในบางครั้ง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง มีความต้องการช่วยเหลือ คำแนะนำ การเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยสามารถพบได้ในเด็กทั่วไป ร้อยละ 0.14-49 โดยขึ้นอยู่กับประชากรที่ศึกษา (Moreau, 1990 Cited in Cavusoglu, 2001) สำหรับการศึกษาในเด็กไทยพบว่าภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นทั่วไป ร้อยละ 10-15 (อลิสรา วัชรสินธุ, 2538)

2. ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับนี้จะรุนแรงขึ้น จนถึงขั้นมีผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มีอารมณ์เศร้ามากขึ้นและรู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย รู้สึกว่ามีกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ มักตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพตนเองปรากฏมากขึ้น รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไป มีความต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อมและสังคม อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ การรับประทานอาหารลดลงจนกระทั่งไม่อยากรับประทานอาหารและน้ำ น้ำหนักลด

3. ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวมีความต้องการหลบหนี หลบซ่อน ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ เลย ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมน สิ้นหวัง หหมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ นิ่งเฉย ๆ กับที่ตลอดเวลาไม่เคลื่อนไหวไปไหน อยู่ในท่าเดิวนาน ๆ หรืออาจอยู่ไม่นิ่งผุดลุก ผุดนั่ง ไม่สนใจตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ มักรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อยในคนทุกวัย เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่การเกิดภาวะซึมเศร้าจะพบได้มากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ไว้หลายท่าน พอจะสรุปได้ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กหลายการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันทำให้ภาวะซึมเศร้าต่างกัน เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าและบ่อยกว่าเพศชาย (Brage, 1995; Wade, Cairney & Pevalin, 2002) การศึกษาในวัยรุ่นพบว่าอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 2:1 (Chaput, Moreau & Mufson, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ตรังคสมบัติ

และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กอายุ 10-15 ปี พบว่าเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1.2; 1 ส่วนการศึกษาของ อรรพรรณ หนูแก้ว (2536) พบว่าเด็กในวัดสระแก้วซึ่งเป็นเด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กเพศชายมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิง ความแตกต่างในอัตราส่วนของภาวะซึมเศร้าระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย อาจเป็นผลเนื่องจากเพศหญิงจะแสดงออกทางอารมณ์ที่ชัดเจนแต่ผู้ชายมีภาวะซึมเศร้าพอ ๆ กันแต่ไม่แสดงออก

2. สภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว อาชีพของบิดามารดาและรายได้ของครอบครัวจะแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว การที่ครอบครัวมีสภาพเศรษฐกิจต่ำ บิดามารดาต้องมีการหาหน้าที่หารายได้จนไม่มีเวลาในการดูแลบุตรมากพอ และสภาพเศรษฐกิจต่ำทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอ แต่สภาพครอบครัวที่มีสภาพเศรษฐกิจสูงอาจมีผลทำให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูแบบตามใจหรือปกป้องมากเกินไปทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็ก (ประดินันท์ อุปรมัย, 2543) ตัวอย่างการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร ของ อุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) พบว่าครอบครัวที่รายได้ต่ำ เด็กจะมีภาวะซึมเศร้าสูง และจากการศึกษาของ วรพร อินทุพันธุ์ (2534) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่กระทำผิดกฎหมาย พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. สถานภาพสมรสของบิดามารดาและสัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งช่วยทำให้นักชดพลอดภัยจากความเครียด หรือปกป้องไม่ให้ความเครียดมากกระทบจนเป็นความผิดปกติ ทำให้นักชดมองโลกในแง่ดี ครอบครัวที่บิดามารดาและลูกสัมพันธ์ภาพที่ดี ลูกจะมีความมั่นคงทางใจ หรือผู้ป่วยก็มีความอบอุ่น ส่วนเด็กในครอบครัวแตกแยกความสัมพันธ์ของบิดามารดาไม่ดี หรือผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบิดามารดา จะทำให้เด็กมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Brage, 1995) ซึ่งในการศึกษาของศรีเพชร (Sripet, 2001) พบเช่นเดียวกันว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

4. ความรุนแรงของโรค เมื่อมีการเจ็บป่วย ความรุนแรงจากอาการของโรค ความเจ็บปวดจากกิจกรรมการรักษา รวมทั้งอาการที่กลับเป็นซ้ำ ต้องได้รับการรักษาบ่อยครั้งเป็นปัจจัยสำคัญต่อปัญหาด้านจิตใจอารมณ์เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Jonhson, Gorman & Bush, 1998) เช่น การศึกษาของ สุวดี ศรีเลณวัติ, ทิฆัมพร มัจฉาชีพ, สมทรง จุไรทัศน์ย์ และ กัลยา ลอเสรีวานิช (2533) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินเพื่อคัดแยกเด็กที่มีปัญหาพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ วารรัตน์ หอมโกศล (2536) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคหืด อายุ 10-15 ปี พบว่าความรุนแรงของโรคสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า

5. การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุคคลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ อายุและพัฒนาการ อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก (ปราโมทย์ สุนิษฐ์,

2540; อลิสา วัชรสินธุ, 2538) เนื่องจากการรับรู้ความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนไปตามระดับพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กซึ่งเปลี่ยนไปตามอายุ ในเด็กเล็กและการรับรู้และความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยยังไม่ดี ส่วนเด็กวัยรุ่นและวัยรุ่น จะสามารถรวบรวมความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Brage, 1995; Sriphet, 2001) จึงสามารถรับรู้ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ดี ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดปัญหาทางด้านจิตใจอารมณ์ขึ้น โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า

พฤติกรรมการเผชิญภาวะความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เมื่อรับทราบผลการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะประเมินสถานการณ์ในลักษณะของความเครียดที่เป็นอันตราย ทำให้เกิดการสูญเสีย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) และเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์จะมีอาการรุนแรงน่ากลัวและเรื้อรัง สามารถติดต่อสู่บุคคลอื่นได้ จึงมักเป็นที่รังเกียจของสังคมทั่วไป ในระยะนี้ หลังทราบผลการตรวจเลือดแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะใช้วิธีเผชิญภาวะเครียดในลักษณะของการจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping behavior) เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ร้องไห้ โวยวาย ปฏิเสธผล การตรวจเลือด รู้สึกสับสน กลัว และวิตกกังวล ต่อความไม่แน่นอนของการพยากรณ์โรค และวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย กลัวถูกรังเกียจแบ่งแยกจากคนรอบข้าง (ธนา นิลชัยโดวิทย์, 2536; WHO, 1990) โกรธตัวเองหรือผู้อื่นที่ทำให้ตนติดเชื้อมา หลังจากนั้น จะมีการประเมินในระยะที่สองเพื่อหาแหล่งประโยชน์ และทางเลือกในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการทบทวนสถานการณ์และหาทางออกให้กับตนเอง ความรู้สึกกังวลที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญในระยะนี้ ได้แก่ ปัญหาการมีชีวิตรอยู่บนความไม่แน่นอนต้องสูญเสียเพื่อน คนรักและครอบครัว และได้รับการรังเกียจจากสังคม ปัญหาความเจ็บป่วยหรือไร้ความสามารถ กังวลต่อความตาย และภาวะโกลัถาย ปัญหาการตกงาน ภาวะทางเศรษฐกิจ และความรู้สึกผิดที่ต้องเป็นภาระของผู้อื่น พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดที่พบได้ในระยะนี้ ได้แก่ การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มเติมจากแพทย์ พยาบาล หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ หรือสื่ออื่นๆ อาจมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันเอง พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดระยะนี้ เป็นการกระทำเพื่อต่อต้าน และชะลอความตายที่เกิดจากโรคเอดส์ (บังอร ศิริโรจน์ และ ทวีทอง หงส์วิวัฒน์) หลังจากนั้น จะมีการประเมินซ้ำเพื่อติดตามผลว่าอันตราย และการสูญเสียต่างๆ ลดลงหรือไม่ อาจจะรู้สึกซึมเศร้า หดหู่มากขึ้น เมื่อพบว่าไม่สามารถพ้นจากสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีการแสวงหาแหล่งประโยชน์รอบตัวมากขึ้น มีการประเมินแรงใจหรือความช่วยเหลือจากครอบครัว คู่รัก เพื่อน และแหล่งให้บริการสุขภาพอนามัย ถ้าได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น (นงนุช วิทย์โชคกิตติคุณ, 2535) อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อแต่ละรายจะมีพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดไม่เหมือนกัน รายที่ไม่สามารถยอมรับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อาจมีพฤติกรรมทำร้าย

ตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, ประพันธ์ ภาณุภาค, สมทรง วงศ์อุไร และ สิทธิชัย เอกอรรณผล, 2534; Wecott, 1986)

ได้มีผู้ศึกษาถึงจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายท่าน พบว่า ปัญหาทางจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย ความหวั่นไหวและไม่มั่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสิ่งที่พบบ่อยที่สุด ส่วนหนึ่งมาจากความกลัวว่าจะถูกรังเกียจจากครอบครัวและสังคม เกิดความรู้สึกสูญเสีย เช่น สูญเสียความแข็งแรง สูญเสียภาพลักษณ์ที่เคยงดงามน่าดู เสียโอกาสในเรื่องเพศ ความหวังในชีวิต บทบาททางสังคม และสถานภาพทางเศรษฐกิจ เกิดความรู้สึกกลัวต่อความตาย โดยเฉพาะการตายด้วยโรคเอดส์จะต้องโดดเดี่ยวและทุกข์ทรมาน นอกจากนี้อาจพบความรู้สึกโกรธตนเองและผู้อื่นที่นำเชื้อเอชไอวีมาสู่ตน ความภาคภูมิใจและความนับถือตนเองจะลดลง และสุดท้าย คือความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะวิกฤตที่ยังไม่สามารถรับสภาพการติดเชื้อได้ ผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้สำเร็จโดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (กิติพัฒน์ นนทปัทมดูล และคณะ, 2533; Dilley, Herbert, Ochitill, Perl & Volberding, 1985b Wolcott, 1986, Slowwinski, 1989)

7. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

เด็กประถมและวัยรุ่นจะรับรู้และเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย แต่เด็กบางคนยังไม่สามารถอธิบายการตอบสนองด้านร่างกายและกลไกการเจ็บป่วย เด็กส่วนมากที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจากแม่ คิดว่าตนไม่ได้เจ็บป่วยเหมือนแม่ (เบญจพร ปัญญา, 2547)

7.1 ความคิดเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

เด็กก่อนวัยเรียน (3-6 ปี) จะคิดว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยเนื่องมาจากตัวเอง แทบทั้งสิ้นเป็นเพราะชน ไม่เชื่อฟัง กินมากไป เป็นต้น

เด็กวัยเรียน (7-10 ปี) บอกสาเหตุได้ถูกต้อง เช่น หวัดเนื่องจากไวรัส แต่มักจะบอกสาเหตุเดียว ขาบวมเพราะตะปูตำ ซึ่งแท้จริงแล้วอาจเพราะไปท่อน้ำสกปรก และโดนตะปูตำ

ในเด็กที่อายุ 10 ปีขึ้นไป อาจบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้หลายอย่างที่เกี่ยวข้องกัน เช่น เป็นโรคหัดเพราะไปอยู่ใกล้เพื่อนที่เป็นโรคหัด และเกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ และต้องป้องกันไม่ให้คนอื่นที่ไม่ได้เป็นมาอยู่ใกล้ เพราะเป็นโรคติดต่อได้

7.2 ความคิดเกี่ยวกับการรักษา

เด็กก่อนวัยเรียนจะคิดถึงการรักษาเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยที่เป็นประสบการณ์ของตัว จะกลัวการรักษา หลีกเลียง หรือต่อต้าน

เด็กวัยเรียน จะสามารถเรียนรู้และคิดได้ว่า การรักษาจะทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น
จะร่วมมือในการรักษาดี

เด็กที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จะเข้าใจวิธีการรักษา และสามารถเข้าใจผู้รักษาและให้
ความร่วมมือแล้วหลังการช่วยเหลือต่อตัวเขาเอง

8. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง “ความรู้
ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การ
ส่งเสริมสุขภาพการรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ” กิจกรรมใดปฏิกิริยาใดของบุคคลที่สามารถ
วัดได้ ระบุได้ ทดสอบได้ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพล้วน
เป็นพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ความรู้สึกนึก
คิดที่ทำค่านิยม และการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของ
ตนเองของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือในชุมชนแล้วแต่กรณี

อดิศักดิ์ สัตยธรรม (2536) ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ทำที่เจตนา
และการแสดงออกทั้งทางกายและทางวาจา ซึ่งตรงกับหลักการของศาสนาพุทธที่กล่าวถึง “กรรม
ของผู้ปฏิบัติ” ซึ่งมีทั้งมโนกรรม กายกรรมและวจีกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่ง
ประกอบด้วย การป้องกันตัว การเสริมสุขภาพของร่างกาย การดูแลตัวเองเมื่อบาดเจ็บหรือป่วยไข้
ในระยะพักฟื้น เราจะเห็นว่าพฤติกรรมเรื่องสุขภาพอนามัยไม่เพียงเกิดขึ้นในช่วงแค่เมื่อตอนเรา
ไม่สบายเท่านั้นหากจะรวมถึงช่วงที่เราสบายดี

Green et al. (1972) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการกระทำที่สอดคล้องกับ
ชีวิตในด้านสุขภาพอนามัยที่ทำให้คนได้คงรักษารูปแบบการดำเนินที่เอื้ออำนวยต่อความมีสุขภาพ
ดีไว้ได้หรือสร้างรูปแบบการดำรงชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยให้เกิดขึ้นใหม่

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) คือ แนวคิดเกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt
behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งพฤติกรรมภายนอกได้แก่ การปฏิบัติที่
สามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายในได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา
(Psychological factor) ซึ่งมีความคิด ความเชื่อ การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยมทัศนคติ และ
ความหวัง โดยในทางพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่าองค์ประกอบเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของบุคคล

Good (1973 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง
การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายนอก (Overt behavior) และภายใน
(Covert behavior) ของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการ
เปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่วัดได้ว่ามีพฤติกรรมเกิดขึ้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2536) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรค

Harich และ Giutene (2983 อ้างถึงใน กิตตินันท์ สิทธิชัย, 2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การรวมเอาการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกันเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

Gochman (1988) ได้นิยามคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความหวัง การให้คุณค่า การรับรู้ของบุคคล ซึ่งแสดงออกในรูปของแบบแผนการปฏิบัติหรือนิสัยในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ

9. ความหมายพฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภคอาหารทางองค์การอนามัยโลก 1972 ให้ความหมายไว้ว่า การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่กิน การกินหรือกินอะไร กินอย่างไรจำนวนมื้อที่กิน และอุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังกิน ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ กัลยา ศรีมหันต์ (2541) ว่า การปฏิบัติและการแสดงออกเกี่ยวกับการกินที่บุคคลกระทำเป็นประจำเป็นการแสดงทั้งทางด้านการกระทำและความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่อการบริโภคอาหาร ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้ว ก็ส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ซึ่งตรงกับคำกล่าวของ (วรางคณา บุตรศรี 2538: 6; จัสศรี อุสาหะ 2539: 8; วสุนธรี เสรีสุชาติ, 2543) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าการกระทำเกี่ยวกับการกินอาหาร การเลือกกิน หรือไม่กินอาหารบางอย่าง การล้างมือก่อนกินอาหาร และหลังกินอาหาร เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ศิริลักษณ์ สินธวลัย (2533) กล่าวว่า ลักษณะการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารอย่างไร มากน้อยหรือบ่อยเพียงใด ในรอบวันหรือรอบเดือน ระบบมารยาทในการรับประทานอาหาร จำแนกตามลักษณะของบุคคล หรือโอกาสเป็นไปตามวัฒนธรรม ซึ่งสอดคล้องกับ สหติลักษณ์ สมิตตะสิริ (2533) และ สุดาวรรณ ชันธมิตร (2538) ได้ศึกษาพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลมีที่สังเกตได้ และสังเกตไม่ได้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการบริโภคอาหาร ประสบการณ์ที่ถ่ายทอดกันมา ความนิยมในการเลือกบริโภคอาหาร การเอาอย่างกันเพื่อการแสดงการมีส่วนร่วม การรักษาสถานะทางสังคม หรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจ

ชญาณิชรุ ธรรมธิฐาน (2543) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่า ผู้บริโภคสามารถเลือกหรือรับประทานอาหาร โดยแสดงออกในการเลือก รับประทาน เป็นกระบวนการซึ่งนำไปสู่อาหารอร่อย สะอาด มีประโยชน์ต่อร่างกาย ปลอดภัยจากสารเคมี ซึ่ง (ดุชนิ สุทอปรียาศรี, 2527 และ อัญมณี ไวย่างกูร, 2544) ได้เพิ่มเติมว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการ

แสดงออกของบุคคล คำพูด กิริยาท่าทาง และการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นความเคยชินรวมถึงการเลือก และรู้ที่มาของอาหารนั้น

สรุปพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่กระทำจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ในการปฏิบัติตนตามสุขนิสัย และมารยาทในการรับประทานอาหารของสังคม และวัฒนธรรม

10. ความหมายของการออกกำลังกาย

ได้มีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้หลายประการ ดังนี้

วรศักดิ์ เพียรชอบ (2526) ได้ให้ความเห็นว่า การออกกำลังกายในความหมายที่เข้าใจกันง่าย ๆ ก็คือ การที่เราทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังที่มีอยู่ในตัวนั้น เพื่อให้ร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวนั่นเอง เช่น การเดิน การกระโดด การวิ่ง การทำงาน หรือการเล่นกีฬา การออกกำลังกายแต่ละกิจกรรม ร่างกายต้องใช้กำลังกายมากน้อยแตกต่างกันตามลักษณะของงานนั้นว่ามากน้อยหรือหนักเบาเพียงไร

อำนาจ อะโน (2527) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายไว้ว่า การออกกำลังกาย (Exercise) ในที่นี้หมายถึง กิจกรรมทางกายที่กระทำด้วยความรู้สึกตั้งใจ (Conscious) โดยมีจุดมุ่งหมาย (Purpose) ซึ่งมีลักษณะที่เห็นเด่นชัดของการออกกำลังกายคือการบังคับให้กล้ามเนื้อหดตัวหรือเกร็งตัว โดยปกติแล้วผลของการออกกำลังกายจะทำให้การหายใจ (Respiratory) การไหลเวียนของเลือด (Circulatory) มีการเพิ่มปริมาณการทำงานมากขึ้น การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมไม่มีกระบวนการไม่มีวิธีการ หากแต่ใครชอบออกกำลังกายในลักษณะใดย่อมแล้วแต่ความต้องการ เช่น การวิ่ง การเดิน การเล่นกีฬาบางอย่าง และสิ่งที่ร่างกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมภายหลังการออกกำลังกายคือ ร่างกายสูญเสียพลังงานกล้ามเนื้อ กระตุกข้อต่อทำงานมากขึ้น หัวใจ ปอด ต่อมเหงื่อ ทำงานมากขึ้น เกิดของเสียโดยเฉพาะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นเกิดความเมื่อยล้าและอุณหภูมิในร่างกายเพิ่มขึ้น

จรินทร์ ธานีรัตน์ (2529) กล่าวไว้ว่า การออกกำลังกาย (Physical Exercise) หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย (Physical activities) ทั้งหลายที่บุคคลเลือกทำเพื่อต้องการให้ร่างกายได้รับการเคลื่อนไหว อันที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อได้ทำงานและเกิดการเจริญเติบโต ส่งเสริมร่างกาย แข็งแรง ทรวดทรงดี ปอด หัวใจ ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยแก่ผู้ร่วมเป็นประการสำคัญ

เจก ธนะศิริ (2533) ให้ความหมายไว้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อยด้วยการทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้นกว่าปกติประมาณเท่าตัวเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย การออกกำลังกายที่น้อยกว่านั้นนั้น ไม่ถือว่าเป็นการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพ และทำให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกายอย่างแท้จริง

ปรีชา กลิ่นรัตน์ (2536) การออกกำลังกายที่กระทำโดยการถูกต้องยอมให้คุณค่าแก่ร่างกายเสมอ ในวัยเด็กการออกกำลังกายทำให้ร่างกายเจริญเติบโต ในวัยหนุ่มสาวการออกกำลังกายสามารถช่วยให้ระบบประสาทและจิตใจทำงานได้ดีเป็นปกติ สำหรับผู้ที่อยู่ในวัยชราการออกกำลังกายจะช่วยป้องกันและรักษาอาการของโรคที่เกิดขึ้นในวัยชราหลายอย่าง เช่น อาการปวดเมื่อยหรืออาการท้องผูกเป็นประจำ ตลอดจนความรู้สึกรังเกียจหน้ามิด เพราะการไหลเวียนของโลหิตไม่เพียงพอ ในทุกวัยการออกกำลังกายโดยเฉพาะที่กระทำกลางแจ้ง จะช่วยเพิ่มความสามารถของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรค ทำให้ไม่ค่อยเจ็บป่วยและช่วยให้สุขภาพร่างกายอยู่ในเกณฑ์ดี

สรุปได้ว่าการออกกำลังกายหมายถึง การที่ร่างกายได้ใช้พลังงานกระตุ้นให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหว และส่งผลให้อวัยวะที่อยู่ในการควบคุมของกล้ามเนื้อนั้น ๆ มีการเคลื่อนไหวตามไปด้วย ทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง และช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของสไมเลย์ และกูดส์ (Smsailey and gound; อ้างถึงใน กัณหา สิมพอล, 2547) เกี่ยวกับความต้องการการออกกำลังกาย ของคนในวัยต่าง ๆ พบว่า

- 1) อายุ 1-4 ปี ร่างกายต้องการเคลื่อนไหวตลอดเวลาที่ไม่มีการกินและนอน
- 2) อายุ 5-8 ปี ร่างกายต้องการการออกกำลังกาย เช่น การเดิน กระโดด ปีนป่ายอย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง
- 3) อายุ 9-11 ปี ร่างกายต้องการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง
- 4) อายุ 12-14 ปี ร่างกายต้องการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 2 ชั่วโมง
- 5) อายุ 15-17 ปี ร่างกายต้องการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 1-1.30 ชั่วโมง
- 6) อายุ 18-30 ปี ร่างกายต้องการออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง
- 7) อายุ 35-50 ปี ร่างกายต้องการออกกำลังกายหนักปานกลาง อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง
- 8) อายุ 50 ปีขึ้นไป ร่างกายต้องการออกกำลังกายในกิจกรรมเบา ๆ อย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมง

11. พัฒนาการเด็กวัยเรียน

11.1 พัฒนาการด้านร่างกาย

เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอ แต่อัตราเจริญเติบโตจะช้ากว่าทารกและเด็กเล็ก ซึ่งอัตราเจริญเติบโตของเด็กจะเพิ่มขึ้นรวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น น้ำหนักของเด็กวัยนี้จะเพิ่มเฉลี่ยปีละ 2-3 กิโลกรัม และส่วนสูงจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5 เซนติเมตร (Potter & Perry, 1999) สัดส่วนและรูปร่างของเด็กจะคล้ายผู้ใหญ่มากขึ้นร่างกายจะขยายออกทางส่วนสูงมากกว่าทางกว้าง แขนและขาจะยาวออก เมื่อเด็กอายุ 12 ปีระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

เช่น ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร ระบบปัสสาวะ ระบบภูมิคุ้มกันจะเจริญเติบโตขึ้น และทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkclstein & Schwartz, 2001)

11.2 พัฒนาการด้านสติปัญญา

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีพัฒนาการด้านสติปัญญา เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความซับซ้อนขึ้นซึ่งเด็กวัยนี้จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นทำให้เด็กเกิดความคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม และพัฒนาการความคิดความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง จนเด็กสามารถคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นนามธรรมได้ (พรณี ชูทัยเจนจิต, 2538) เด็กจะคำนึงถึงความคิดของผู้อื่น ตามทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาของเพียเจต์ (Piaget's Theory of Intellectual Development) เด็กวัยเรียนเริ่มมีเหตุผลมากขึ้น เด็กอาจจะเปลี่ยนแปลงความคิดของตนเองจากการวาดรูป และใช้สัญลักษณ์หรือเครื่องหมายท่าทางสื่อสารมากขึ้น การรับรู้สิ่งต่าง ๆ ดีขึ้นตามลำดับ (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) เด็กอายุ 7-12 ปี วัยนี้มีความคิดความเข้าใจเหตุและผลอย่างง่าย ๆ ที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน เด็กเข้าใจว่าโรคเกิดจากการติดต่อสัมผัสกับโรค เมื่อเด็กเข้าโรงเรียน มีเพื่อน มีกิจกรรม เด็กอาจถูกรังเกียจ ทำให้ถูกออกจากโรงเรียนกลางคัน ในช่วงนี้เด็กอาจสูญเสียพ่อหรือแม่หรือทั้งพ่อและแม่ พบว่า ร้อยละ 75 ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พ่อจะเสียชีวิตก่อน เด็กในวัยนี้จะกังวลเกี่ยวกับการเรียน การศึกษา ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนคนอื่น ๆ นอกจากนี้ เด็กยังกลัวเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาล รูปร่างหน้าตา ความเจ็บปวด/การบาดเจ็บและความปลอดภัย

11.3 พัฒนาการด้านอารมณ์

เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น แต่ในระยะต้นของเด็กวัยนี้ เด็กจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และถือตนเองเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้เนื่องจากเด็กต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ที่สำคัญคือ การเริ่มเข้าโรงเรียน การเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันบางอย่างมาเป็นการปฏิบัติตัวให้ตรงเวลาภายในระยะเวลาที่กำหนด ต้องทำตามกฎระเบียบ และคำสั่งของผู้อื่น มีผลทำให้เกิดความคับข้องใจ และความวิตกกังวลต่อเด็ก เมื่อเด็กอายุมากขึ้นจะควบคุมอารมณ์ได้ดี มีการใช้เหตุผลมากขึ้น มีการระบายอารมณ์ออกโดยการพูดคุยและการเล่น (วารุณี อมรทัต, 2530)

11.4 พัฒนาการด้านสังคม

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มออกจากสังคมครอบครัว สู่โลกของโรงเรียน (The world of school) เด็กจะเริ่มเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากสังคม กลุ่มเพื่อน และการปรับตัวในการเข้ากับผู้อื่น เด็กส่วนใหญ่ต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม กลุ่มเพื่อน และต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Levine, 1999) รวมทั้งต้องมีส่วนร่วมในการเล่น หรือทำกิจกรรมร่วมกับกลุ่มเพื่อนเด็ก

ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญต่อกลุ่มเพื่อน มีการสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันของกลุ่ม เช่น การแต่งกาย การพูด กริยาท่าทาง ความนิยมชมชอบ (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2001) ในการดำเนินชีวิต เด็กจะทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อให้เข้ากับกลุ่มเพื่อนได้ แต่บางครั้งก็เกิดข้อขัดแย้งระหว่างสิ่งที่ผู้ใหญ่คาดหวังกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามกลุ่มเพื่อน การมีเพื่อนช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความมั่นใจ เข้มแข็ง มีพลังอำนาจ การยอมรับของเพื่อนและการทำงานร่วมกับเพื่อนช่วยส่งเสริมให้เด็กเกิดความภาคภูมิใจ มีภาพพจน์และเอกลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง (วันเพ็ญ บุญประกอบ, 2545) นอกจากนี้ การเข้ากลุ่มเพื่อนและสังคม จะช่วยในการค้นหาสิ่งที่เด็กชื่นชอบและพัฒนาบุคลิกภาพที่เด็กต้องการจะเป็น อีกทั้งเด็กจะได้เรียนรู้ คุณค่าของการทำงานร่วมกับผู้อื่น และประโยชน์ที่ได้รับจากความสำเร็จและเป้าหมายที่วางแผนร่วมกันกับกลุ่มเพื่อน บางรายมีข้อจำกัดด้านร่างกาย หรือจิตใจ อาจรู้สึกว่ามันแตกต่างเพื่อน จะเริ่มแยกตัว รู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกด้อยค่า (Wong, Hockenberry-Eaton, Wilson, Winkelstein & Schwartz, 2001) อย่างไรก็ตาม ก็ไม่มีเด็กที่ทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ดีไปทั้งหมดสิ่งสำคัญคือ เด็กควรจะเรียนรู้ว่าความสำเร็จทั้งหมดขึ้นอยู่กับความพยายามและเด็กจะสำเร็จได้ ถ้าเด็กมีทัศนคติต่อตนเอง และความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ เด็กได้รับการกระตุ้นให้ทำสิ่งต่าง ๆ ให้กำลังใจ ในการทำกิจกรรมจนประสบผลสำเร็จและให้คำชมเชยในความพยายาม และประสบผลสำเร็จในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กเกิดความพยายามแต่ถ้าเด็กทำกิจกรรมแล้วผู้ใหญ่ไม่สนใจหรือตำหนิ เด็กจะพัฒนาความรู้สึกต่ำต้อย (พรณี ชุทัยเจนจิต, 2538)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่างานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กติดเชื่อเอดส์ที่รับรู้การติดเชื้อเปรียบเทียบกับเด็กติดเชื่อเอดส์ที่ไม่รับรู้การติดเชื้อเอดส์ของตนเองยังไม่มีผู้ศึกษา สำหรับเรื่องการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี มีผู้ศึกษาโดยการให้ข้อมูลหรือเปิดเผยกับเด็กโดยใช้สื่อต่าง ๆ ซึ่งไม่สามารถบอกความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพของเด็กติดเชื่อเอชไอวีที่รับรู้การติดเชื้อและไม่รับรู้ได้ เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่ละเอียดอ่อนซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่ที่จำเป็นต้องรับรู้เรื่องทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เพราะบางครั้งการที่บอกความจริงกับเด็กเลยอาจจะทำให้เด็กซึ่งเป็นวัยที่สับสนและพยายามไตร่ตรองหาเหตุผล ครุ่นคิด ส่งผลถึงการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของเด็กที่อาจจะกระทบต่อปัญหาสุขภาพได้ การศึกษาครั้งนี้ อาจจะเป็นประโยชน์สำหรับช่วยในการพัฒนารูปแบบกระบวนการทำงานกับเด็กที่ติดเชื่อให้เด็กได้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งเสริมการที่เด็กได้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

12. กรอบแนวคิดในการวิจัย

