

## ผลของการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง ต่อการยอมรับความตาย ในผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค

สุคนธ์ ศรีคลองอักษร พย.ม,

อำภพร พัววิไล พย.ม,

น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ พย.ม.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการปรับตัวต่อความตาย และผลของกระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง (Glasser, 1965) ยอมรับความตาย และการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมจำนวน 14 ราย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์การยอมรับความตาย แบบสัมภาษณ์ การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย และความตายแบบบันทึกปฏิบัติการต่อความตายของผู้ป่วยตามระยะของ Kubler - Ross แบบบันทึกการให้คำปรึกษา และการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวยอมรับ และสามารถเผชิญสภาพความเป็นจริงได้แม้ว่าจะมีความรู้สึกกลัวและรู้สึกผิดอยู่ก็ตาม โดยกระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญความจริงตามขั้นตอนของ Glasser เป็นดังนี้ (1) การสร้างสัมพันธภาพ: สร้างความคุ้นเคย และติดตามความก้าวหน้าของอาการอย่างสม่ำเสมอ (2) การสำรวจปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย: ความไม่สุขสบายจากอาการของโรคความกลัว (กลัวความรังเกียจและไม่ยอมรับ กลัวจะไม่มีใครดูแล กลัวสภาพจะน่าเกลียดก่อนตาย กลัวทำงานไม่ได้กลัวทุกข์ทรมานก่อนตาย) ความห่วงกังวล ห่วงครอบครัวและคนใกล้ชิด (3) การเผชิญสภาพความเป็นจริง: ทำใจยอมรับด้วยธรรมชาติ และสมาธิพร้อมที่จะตาย (การเตรียมตัว การตายท่ามกลางคนใกล้ชิด ดีที่ได้อยู่ล่วงหน้า) ทำดีที่สุดเพื่อคนที่อยู่(การเก็บเงินเพื่อครอบครัว ใช้เวลาอย่างคุ้มค่า) การสนับสนุนและกำลังใจจากคนใกล้ชิด (4) การสร้างข้อสัญญาผูกพัน และการวางโครงการ: ดูแลตนเองให้ดีที่สุด (ทางด้านร่างกาย ทางด้านอารมณ์ และจิตใจ) และ (5) การติดตามการปฏิบัติตามโครงการ: พร้อมแล้วที่จะก้าวต่อไป (มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตชัดเจนขึ้น) และเมื่อทดสอบค่าคะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตาย โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed - ranks test พบว่าหลังการให้คำปรึกษาสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.33, p = 0.000$ ) ค่าคะแนนการเตรียมตัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับความตายหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.33, p = 0.000; Z = -3.08, p = 0.001; Z = -2.83, p = 0.002$  และ  $Z = -2.62, p = 0.004$  ตามลำดับ) และค่าคะแนนการยอมรับความตายหลังให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงสูงกว่าก่อนให้การปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.21, p = 0.000$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อการพยาบาล คือแนวทางการให้คำปรึกษาที่พัฒนาขึ้นนี้เหมาะสมที่จะนำไปในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลระหว่างอยู่รับการรักษาในหอผู้ป่วย และเน้นบทบาทการให้คำปรึกษาของพยาบาลมากขึ้นร่วมกับการใช้แหล่งประโยชน์จากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวได้ดีขึ้น ข้อเสนอแนะ คือการพัฒนากระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและนำไปทดลองใช้เพื่อที่จะได้แนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้ กว้างขวางต่อไป

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับความตาย

## **Effects Of Reality Approach Counseling On Death Acceptance In Persons With Aids And Pulmonary Tuberculosis.**

**Sukon Srisuayueang M.N.S,**

**Amagorn Prapawilai M.N.S,**

**Nam-Oy Pakdevong M.N.S.**

*Faculty of Nurse, Rangsit University*

### **ABSTRACT**

This action research aimed to investigate coping to death, Coping to reality, and the effects of reality approach counseling on death acceptance in persons with AIDS and pulmonary tuberculosis. Reality approach to counseling theory of Glasser (1965) was used as a framework of this study.

A sample of 14 persons with AIDS and pulmonary tuberculosis in medical unit was purposively recruited for this study. The research instruments used included (1) Reaction to death form (2) Counseling guideline and record form (3) Interview questionnaires concerning on death acceptance and preparation to death. The internal consistency reliabilities of the interview questionnaires, death acceptance and preparation for death were 0.84 and 0.85 respectively. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and Wilcoxon Signed – ranks test. Qualitative data were analyzed by using content analysis. The findings indicated that the majority of the sample could accept and cope with the reality even though there were some feelings of fear and guilty. The themes of coping process included (1) Building relationship; getting to know, and monitoring the symptoms, (2) Investigating of problems & needs; uncomfortable, fear (unacceptance, have no caregiver, unpleasant image, couldn't work, and suffer before death), anxious and worried about family and spouse. (3) Coping with reality; mentally prepared and accepted by using Dharma and meditation, get ready to die, do the best for the time left (save more money, use time efficiently), support and gain from closed persons, (4) Making commitment and plan; take the best care of self (bio – psycho – social care), and (5) Following – up and ending the counseling; get ready to go on with clearer life goals. When the Wilcoxon signed – ranks test was used to test and compare the preparation to death scores before and after the counseling, it indicated that the scores after counseling were significantly higher than that of before ( $Z = -3.33, p = 0.000$ ). Also, the scores on acceptance to death and preparation to death after the counseling were significantly higher than that of before ( $Z = -3.21, p = 0.000$ ).

The findings of this study would be of beneficial to nursing in that the guideline for counseling would be useful in caring of in – patients. It has been suggested that the guideline be further developed and tested in order to get a concise and specific guideline for nursing practice.

**Key words:** *Reality Approach Counseling On Death Acceptance*

## บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลก และระดับประเทศเนื่องจากเป็นโรคที่มีการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น และยังไม่มียาใดรักษาให้หายได้จากการคาดการณ์ขององค์กรโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อประมาณ 38 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2547 พบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 4.8 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอาฟริกาสำหรับในภูมิภาคเอเชียมีผู้ติดเชื้อประมาณ 7.5 ล้านคน เป็นเพศชายประมาณ 5.2 ล้าน เพศหญิงประมาณ 2 ล้านคน และเด็กประมาณ 2 แสนคนในประเทศไทย<sup>1,2</sup> พบว่าผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 348,605 ราย (โดยเสียชีวิตแล้ว 84,170 ราย) อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 2.54 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ วัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 25 - 39 ปีพบร้อยละ 68.6<sup>3</sup>

ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีการดำเนินโรคไปเป็นเอดส์คือ ถึงขั้นที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาสนั้นใช้เวลาเฉลี่ย 6-10 ปีซึ่งการติดเชื้อฉวยโอกาสพบว่าวันโรคปอดซึ่งซึ่งพบสูงเป็นอันดับหนึ่ง<sup>4</sup> วันโรคปอดนอกจากทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องกว่าปกติแล้วยังพบว่าเร่งให้การดำเนินโรคเอดส์ลุกลามเร็วขึ้นและมีอาการของโรคเอดส์ที่เด่นชัด<sup>9,10</sup> รวมทั้งการรักษาต้องใช้ระยะเวลานานกว่าเนื่องจากอัตราการดื้อยาสูงอัตรากลับเป็นซ้ำสูงกว่า และเป็นตราบาปทางสังคมตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวันโรคปอด<sup>4</sup> จนในที่สุดผู้ป่วยเอดส์จะเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคเอดส์คือ มีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตจากสถิติพบว่าผู้ที่ตายด้วยโรคเอดส์ส่วนมากมีอายุเฉลี่ยประมาณ 30 - 40 ปี

ซึ่งเป็นการตายก่อนวัยอันสมควร และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่พร้อมจะตาย<sup>5</sup> การตายด้วยโรคเอดส์จึงเสี่ยงต่อการตายแบบโดดเดี่ยวไร้ที่พึ่งสิ้นหวัง<sup>6</sup> เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ผู้ป่วยรู้ตัวอยู่ตลอดเวลาว่าต้องตายในระยะเวลาไม่นานและไม่แน่นอน<sup>7</sup> ดังนั้นการยอมรับความตายจึงนับว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหลือมีความสำคัญต่อการจัดการวางแผนเกี่ยวกับสิ่งต่างๆของผู้ป่วยก่อนตายซึ่งการดูแลช่วยเหลือ

ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ให้มีความสามารถเผชิญต่อความหวาดกลัว ความทุกข์ทรมาน และความตาย รวมทั้งยอมรับความตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลไม่น้อยไปกว่าการป้องกันความเจ็บป่วยและการดูแลทางด้านร่างกายขณะเจ็บป่วย

ในสถาบันบำราศนราดูรมีการรักษาผู้ป่วยเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 จนถึงปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับในปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยเอดส์วัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่แผนกอายุรกรรมจำนวน 1,752 ราย และถึงแก่กรรม 465 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.54 ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งรวมถึงการปรับตัว และการเผชิญความจริงในการยอมรับความตาย และเตรียมตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนดังนั้นการดูแลจึงเป็นไปตามความประสงค์ของพยาบาลแต่ละคนซึ่งยังไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด เนื่องจากการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะใกล้ตายนี้ควรต้องดำเนินอย่างมีเป้าหมายเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและมีการเตรียมความพร้อมเพื่อใช้ช่วงชีวิตสุดท้ายอย่างมีคุณภาพดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ อูทยา นาคเจริญ<sup>10</sup> ที่พบว่า ในภาพรวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากกว่าร้อยละ 54 มีการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้าย และเตรียมตัวตายชัดเจนดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่สร้างโปรแกรมให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงต่อการยอมรับความตายของ Glasser (1965) ขึ้นและนำมาทดสอบเพื่อให้ได้รูปแบบ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมาใช้ในทางปฏิบัติต่อไป

## คำถามการวิจัย

1. ปฏิกริยาและกระบวนการปรับตัวของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวันโรคปอด ในการเผชิญความจริงต่อการยอมรับความตายเป็นอย่างไ

2. ผลของกระบวนการให้คำปรึกษามีผลต่อการยอมรับความตายและการเตรียมตัวสำหรับความตายเป็นอย่างไ

## สมมติฐานการวิจัย

ค่าคะแนนการยอมรับความตาย และค่าคะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตายหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดดีกว่าก่อนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีเผชิญความจริงของ Glasser (1965) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนากระบวนการการให้คำปรึกษาซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นสร้างสัมพันธภาพ ขั้นการสำรวจปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย ขั้นการเผชิญสภาพความเป็นจริง ขั้นการสร้างสัญญาผูกพัน และการวางโครงการ และขั้นการติดตามการปฏิบัติตามโครงการ และยุติการให้คำปรึกษา โดยการใช้ระยะปฏิกิริยาต่อความตายของ Kubler – Ross (1969) เป็นกรอบในการประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยในขั้นการสำรวจปัญหาตามขั้นตอนกระบวนการให้คำปรึกษาของ Glasser (1965) ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ คือ ระยะปฏิเสธ ระยะโกรธ ระยะต่อรอง ระยะซึมเศร้า และระยะยอมรับ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอดที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้ (1) อายุระหว่าง 20 – 60 ปี (2) ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดและแพทย์มีแผนการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก (3) รู้สึกตัวมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถพูดคุยตอบคำถามได้ พร้อมทั้งจะเข้าร่วมในการวิจัยขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย พิจารณาจากความอึดตัวของข้อมูล

### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบสัมภาษณ์การยอมรับความตาย (3) แบบสัมภาษณ์การเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย (4) แบบบันทึกปฏิกิริยาต่อความตายของผู้ป่วยตามระยะของ Kubler – Ross (5) แบบบันทึกการให้คำปรึกษาและการดูแลผู้ป่วยตามเทคนิคของ Glasser (6) แบบบันทึกการสร้างข้อผูกพันร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยตามทฤษฎีของ Glasser และ (7) เครื่องบันทึกเสียงโดยที่แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการยอมรับความตาย และแบบสัมภาษณ์การเตรียมตัวสำหรับความตายได้ทดสอบความเชื่อมั่นใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น 0.84 และความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ด้วย K – R 20 เกี่ยวกับการเตรียมตัวสำหรับความตาย 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ถึงผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูรเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล 2) พบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย 3) ประสานงานและเตรียมความพร้อมโดยประชุมหัวหน้าตึกที่รับผู้ป่วยเอดส์ชาย (7/3) และผู้ป่วยเอดส์หญิง (7/4) เพื่อชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมการเก็บข้อมูล 4) ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยเอดส์ที่รับใหม่ทุกวัน เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากนั้นไปแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์และแผนการวิจัย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอม 5) ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินเรื่องการยอมรับความตายและแบบวัดการเตรียมตัวสำหรับการเข้าสู่ระยะสุดท้ายและความตาย และ 6) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของกระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงในการยอมรับความตายและการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด

## ผลการวิจัย

### ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 14 ราย เป็นเพศชาย 6 ราย (ร้อยละ 42.90) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 57.10) มีอายุระหว่าง 21- 53 ปี (เฉลี่ย 34.50 ปี, SD = 10.38) กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.00 มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.60) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาครึ่งหนึ่งร้อยละ 50.00 มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้ระหว่าง 5001 - 10,000 บาท/เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 57.10) ระยะเวลาที่ทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 2 - 96 เดือน โดยมีค่าเฉลี่ย 25.29 เดือน (SD = 26.98) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับยาต้านไวรัสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.4) ไม่มีผู้ดูแล ในรายที่มีผู้ดูแลผู้ดูแลเป็นบิดา/มารดาและสามี/ภรรยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.70 - 100.00) สามารถดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว การขับถ่ายปัสสาวะ และการขับถ่ายอุจจาระ แต่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.20) ไม่สามารถออกกำลังกาย เนื่องจากอ่อนเพลีย แขนขาไม่มีแรงจากพยาธิสภาพของโรคเป็นต้นระยะของการปรับตัวต่อความตายที่เกิดขึ้นเป็นไปตามระยะของ Kubler-Ross เป็นส่วนใหญ่

### การตอบคำถามการวิจัย และทดสอบสมมติฐานการวิจัย

#### ปฏิกิริยาต่อความตายตามทฤษฎีของ Kubler-Ross

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รวบรวมได้พบว่าระยะของการปรับตัวต่อความตายที่เกิดขึ้นเป็นไปตามระยะของ Kubler - Ross เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างนี้อาจจะไม่ต่อเนื่องเป็นลำดับ รวมทั้งพบพฤติกรรมของหลายๆระยะรวมกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับการดูแลในด้านการปรับตัวที่ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับระยะ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัวเข้าสู่ระยะต่อไปได้โดยที่ยังมีพฤติกรรมของระยะก่อนหน้านี้ปรากฏให้เห็น ดังต่อไปนี้

#### ระยะที่1 ปฏิเสธ (Denial)

เมื่อรับรู้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่จะรู้สึก ช็อก ไม่เชื่อ สับสน เสียใจ กลัวคนอื่นรู้กลัวผลกระทบที่มาจากคนรอบข้าง ถ้ารู้ว่าตนติดเชื้อกรณีของนาย ก ที่กล่าวว่า “ก ไม่อยากจะเชื่อว่ามันเป็นความจริง ยอมรับโรคนี้ไม่ได้ก่อนมาโรงพยาบาลจะกินเปียร์และสูบบุหรี่แล้วก็คิดมากจนจะฆ่าตัวตาย แย่ยิ่งกว่านั้นแฟนที่เป็นผู้หญิงยังมาขอเลิกวันเดียวกับที่รู้ว่าติดเชื้อทะเลาะเถียงกับแฟน ตอนนั้นจะกระโดดตึกให้ได้แต่แฟนดึงเอาไว้ได้ทัน ค่ะ นั่นนะ มีเปียร์กับบุหรี่ยังเป็นเพื่อนอย่างเดียวจริงๆ” ในขณะที่ ข กล่าวว่า “มันรู้สึกว่ามันงง ชาติอะไรไม่ถูกมากกว่า อยากอยู่เฉยๆ ตรงนั้น ไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากพบใคร”

#### ระยะที่2 โกรธ (Anger)

ปฏิกิริยาของความโกรธมักจะมาพร้อมกับความเสียใจ ผิดหวัง ความโกรธนี้มีเป้าหมายที่ผู้ที่เป็นต้นเหตุของการติดเชื้อ ยกตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง “หนูก็รู้สึกเสียใจผิดหวังในตัวของตัวเองมาก ว่าทำไมเมียอยู่บ้านเฉยๆถึงติดเชื้อนี้ได้เขาไม่บอกหนูเลยคะ หนูมาทราบว่าจะติดเชื้อก็ตอนที่หนูไปฝากท้อง”

#### ระยะที่3 ตอรอง (Bargaining)

ในระยะนี้กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกผิด กลัว ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา ดังกรณีตัวอย่าง รายหนึ่งที่กล่าวว่า “แต่สิ่งหนูกลัวมาก คือ ลูกจะเป็นอย่างไรบ้าง จะติดเชื้อไหม จะพิการไหม จะตายไหม ช่วงนั้นหนูทรมานมากเลยคะ อุ้มท้องลูกทั้งที่ตัวเองติดเชื้ออยู่ตั้ง 9 เดือน พอคลอดออกมาหมอก็ให้รออยู่อีกปีครึ่งถึงจะรู้ว่าลูกไม่ติดเชื้อแน่นอน นั่นแหละที่หนูเริ่มหาไฮโกรสสามี่เริ่มมองว่าต่อไปจะให้ลูกอยู่กับใคร หากคนที่จะเลี้ยงลูกต่อจากหนูได้แล้ว หนูก็โล่งอกไปมากเลยคะ พอหลังจากนั้นพอสามี่หนูตาย หนูก็มาอยู่กรุงเทพกับพี่สาว ทำงานรับจ้างเก็บเงินส่งให้ปู่กับย่าที่เลี้ยงลูกแล้วก็รักษาตัว”

#### ระยะที่4 ซึมเศร้า (Depression)

อาการซึมเศร้าจะเป็นพฤติกรรมที่พบร่วมตั้งแต่ระยะที่ 1 เป็นกลไกการป้องกันตนเองที่กลุ่มตัวอย่างใช้เพื่อลดสิ่งเร้าที่จะเป็นอันตรายหรือความรู้สึกต่อตน อาการแสดงทั่วไปคือ ไม่อยากพบหน้าใคร ไม่อยากพูดกับใคร กลัวคนอื่นจะรู้กลัวถูกทอดทิ้ง ซึ่งกำลังใจจากคนรอบข้าง

ทำให้ผู้ป่วยสามารถผ่านไปสู่ระยะของการยอมรับได้แต่ในบางครั้งอาจมีอาการของการซึมเศร้า รู้สึกผิดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเป็นระยะ ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งพูดว่า “กลัวเพื่อน รังเกียจ และกลัวภรรยา รู้เรื่องการติดเชื้อเอ็ดส์มาก กลัวว่าภรรยาจะทอดทิ้ง”

#### ระยะที่ 5 ยอมรับ (Acceptance)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าสู่ระยะยอมรับได้อย่างไรก็ตามการยอมรับนี้เป็นการยอมรับที่ผู้ป่วยใช้คำว่า “ทำได้” นั่นคือ ยอมรับว่าไม่มีทางเลือก ไม่สามารถรักษาให้หาย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับได้โดยแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มแรกยอมรับเพราะครอบครัว ประกอบด้วย ความรักความเข้าใจ และการดูแลจากครอบครัวและคนรอบข้างรวมทั้งคำสัญญาจากคนใกล้ชิดจะทำให้การดูแลจนถึงวาระสุดท้าย (2) กลุ่มนี้ใช้คำสอนทางศาสนา ประกอบด้วยคำสอนทางศาสนามารวมทั้งการปฏิบัติมีส่วนทำให้สามารถยอมรับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างที่ได้กล่าวในระยะยอมรับดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “อยู่มาได้เพราะสามัคคีอย่าให้กำลังใจ ไม่รังเกียจหนู

ถ้าเขารังเกียจหนูอีกคนหนูคงจะมีชีวิตอยู่ไม่ได้” และ “ความตายมันก็เป็นเรื่องธรรมดาอยู่ที่ไหน าก็ต้องตาย เพียงแต่ช้าหรือเร็วเท่านั้นเอง”

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลตามปฏิกิริยาต่อการตายตามระยะของ Kubler – Ross ก่อนและหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง พบว่า ก่อนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 85.70) อยู่ในระยะปฏิเสธแต่ภายหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในระยะยอมรับ

กระบวนการปรับตัวในการเผชิญความจริงของผู้ป่วยเอ็ดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด

ผลจากการนำกระบวนการให้คำปรึกษาไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอดจำนวนทั้งหมด 14 รายแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอ็ดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอดส่วนใหญ่สามารถปรับตัวยอมรับ และสามารถเผชิญสภาพความเป็นจริงได้ โดยสรุปแล้วกระบวนการปรับตัวเพื่อเผชิญความจริงของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงของกลาสเซอร์ ในกลุ่มตัวอย่าง 14 รายต่อการปรับตัวเผชิญสภาพความเป็นจริง ดังนี้ <sup>11</sup>

| สัมพันธภาพ<br>ระหว่างพยาบาล<br>และผู้ป่วย                                               | ปัญหา/ความ<br>ต้องการของผู้ป่วย                                                                                                                                                                                                                                     | การเผชิญสภาพ<br>ความเป็นจริง                                                                                                                                                                                                                                                     | การสร้างข้อ<br>สัญญาผูกพัน<br>และการ<br>วางโครงการ                             | การติดตามการปฏิบัติ<br>ตามโครงการและการ<br>ยุติการให้คำปรึกษา                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. การสร้าง<br>ความคุ้นเคย<br>2. การติดตาม<br>ความก้าวหน้า<br>ของอาการอย่าง<br>สม่ำเสมอ | 1. ความไม่สุขสบาย<br>จากอาการของ<br>โรค<br>2. ความกลัว<br>- กลัวการรังเกียจ<br>และ ไม่ยอมรับ<br>- กลัวทำมาไม่ได้<br>- กลัวจะไม่มีคน<br>ดูแล<br>- กลัวทุกข์ทรมาน<br>ก่อนตาย<br>- กลัวสภาพจะนำ<br>เกลียดก่อนตาย<br>3. ความห่วงกังวล<br>- ห่วงครอบครัว<br>และคนใกล้ชิด | 1. ทำใจ ออมรับด้วย<br>ธรรมะและสมาธิ<br>2. พร้อมที่จะตาย<br>- การเตรียมตัว<br>- การศรัทธา<br>กลางคนใกล้ชิด<br>- ดีที่ได้รู้ล่วงหน้า<br>3. ทำดีที่สุดเพื่อคนที่<br>อยู่<br>- การเก็บเงินเพื่อ<br>ครอบครัว<br>- ใช้เวลาอย่างคุ้มค่า<br>4. การสนับสนุนและ<br>กำลังใจจากคน<br>ใกล้ชิด | 1. ดูแลตนเองให้ดี<br>ที่สุด<br>- ทางด้านร่างกาย<br>- ทางด้านอารมณ์<br>และจิตใจ | 1. พร้อมแล้วที่จะก้าว<br>ต่อไป<br>- มีเป้าหมายในการ<br>ดำเนินชีวิตชัดเจน<br>ขึ้น |

## 1. ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยอยู่รับการ  
รักษาตัวในหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงาน ดังนั้นการสร้าง  
สัมพันธภาพในเบื้องต้นที่ผู้วิจัยใช้คือ การทำความรู้จัก  
และสร้างความคุ้นเคยโดยการซักถามอาการของกลุ่ม  
ตัวอย่าง แสดงความสนใจให้เวลาในการพูดคุย และตอบ  
คำถามที่ผู้ป่วยสงสัยรวมถึงการให้ข้อมูลและคำแนะนำ  
เมื่อผู้ป่วยต้องการ และได้ติดตามอาการความก้าวหน้า  
ของผู้ป่วยทุกครั้งในการเริ่มต้นก่อนการสนทนาทั้ง 5 ขั้น  
ตอน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เปิดและพร้อมต่อการพูด  
คุยสนทนา ซึ่งง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพ

## 2. ขั้นการสำรวจปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย

ในขั้นตอนการสำรวจปัญหา/ความต้องการของ  
ผู้ป่วยนี้พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีปัญหาพร้อมที่สำคัญ 3 ประการ  
คือ (1) ความไม่สุขสบายจากอาการของโรค (2) ความกลัว  
และ (3) ความห่วงกังวล

### 2.1 ความไม่สุขสบายจากอาการของโรค

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้ง 14 รายในการ  
ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีการติดเชื้อไวรัสโรคที่ปอด  
ส่วนใหญ่มาด้วยอาการไข้ ไอ ไม่สุขสบายปวดเมื่อยตามตัว  
เหนื่อยมาก ซึ่งอาการรวมอื่นๆ คือ เบื่ออาหาร รับประทาน  
อาหารไม่ค่อยได้ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่  
เชื่อว่าอาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อได้รับยารักษาและ  
เมื่ออาการดีขึ้นแล้วจะสามารถกลับบ้านได้ดังตัวอย่าง  
คำพูดของผู้ป่วยดังนี้ “ก็เพลียมาก ไอ มีไข้ปวดเนื้อปวด  
ตัวไปหมดเลยคะ เบื่ออาหารกินอะไรไม่ค่อยได้มันเหม็น  
ไปหมดผอมมากด้วยเดินแทบไม่ไหวเลยคะหมอ”

### 2.2 ความกลัว

ความกลัวนี้เป็นในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง  
ทุกราย โดยในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นโรคนี้กลุ่มตัวอย่าง  
ส่วนใหญ่กลัวการรังเกียจและไม่ยอมรับ กลัวจะไม่มีคน  
ดูแล และในระยะต่อมาจะกลัวทุกข์ทรมานก่อนตาย และ  
กลัวสภาพน่าเกลียดก่อนตาย

กลัวการรังเกียจและไม่ยอมรับ ส่วนใหญ่  
ในระยะแรกผู้ป่วยจะรู้สึกกลัวการถูกรังเกียจจากคนใกล้  
ชิดและคนทั่วไป ในระยะต่อมาเมื่อได้บอกคนใกล้ชิดเพื่อ

ต้องการกำลังใจ และความช่วยเหลือซึ่งเมื่อได้รับการ  
ยอมรับผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้น ดังคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง  
“ถ้าพี่สาวรังเกียจผมคงฆ่าตัวตายไปแล้ว แต่นี่พี่สาวเขา  
ไม่รังเกียจแล้วยังอุตสาหะให้ผมมาอยู่ในบ้านพี่สาวด้วยกัน  
แต่ผมไม่อยู่หรอกครับ มันละเอียดใจ ผมเลยขอพี่สาวแยก  
ห้องอยู่เป็นส่วนตัวต่างหากแล้วก็รับทำงานจัดสวนไป  
เรื่อย ๆ เก็บเงินเอาไว้เป็นค่ารักษาพยาบาลตัวเองครับ”

กลัวทำงานไม่ได้ จะพบว่าในผู้ป่วยส่วนใหญ่  
จะเกิดความรู้สึกนี้ขึ้น เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรค  
“ผมยังกลัวเลยว่ะ ถ้ามันเป็นอย่างนี้ไม่หายผมจะทำงาน  
ได้อย่างไร”

กลัวจะไม่มีคนดูแล จะพบได้ในผู้ป่วยส่วนใหญ่  
ซึ่งความรู้สึกนี้เกิดขึ้นตามมาภายหลัง เมื่อผู้ป่วยยอมรับ  
และเข้ารับการรักษาโรคแล้วซึ่งทั้งคนที่มีครอบครัว และ  
คนโสดต่างกลัวคนที่อยู่ใกล้ชิดทอดทิ้งถ้ารู้ว่าตนเป็นโรค  
ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “หนูผ่านมาได้เพราะแฟนคนนี้  
เขาไม่รังเกียจคอยปลอบใจหนูทั้ง ๆ ที่เขาไม่ได้ติดเชื้อจากหนู  
ที่จริงเขาจะทิ้งหนูไปก็ได้หนูยังไม่มีสิทธิ์โกรธเขา แต่เขาไม่ทิ้ง”

กลัวทุกข์ทรมานก่อนตาย เป็นสิ่งที่ผู้ป่วย  
บางส่วนกล่าวถึง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง  
“กลัวคนอื่นรู้เรื่องโรค หรือกลัวโรคหรือกลัวการกำเริบ  
ของโรคทั้งหมดเลยครับ”

กลัวสภาพน่าเกลียดก่อนตาย เป็นสิ่งที่  
ผู้ป่วยบางส่วนกล่าวถึงดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยราย  
หนึ่ง “หนูก็รู้สึกว่ามันใกล้จะถึงเวลานั้นแล้วบางครั้งก็รู้สึก  
กลัวเหมือนกันว่าถ้าเป็นมาก ๆ ก็ไม่อยากให้ลูกเห็นสภาพ  
แม้ที่ดูไม่ได้อยากให้ลูกเก็บภาพดี ๆ ของแม่เอาไว้”

### 2.2 ความห่วงกังวล

ความห่วงกังวลนี้เป็นในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม  
ตัวอย่างทุกราย โดยในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นโรคนี้กลุ่ม  
ตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งจะห่วงครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น  
บิดา มารดา สามีหรือภรรยา ลูก ดังตัวอย่างคำพูดของ  
ผู้ป่วยรายหนึ่ง “ตอนนี้เรื่องโรคนะหนูไม่กลัว แต่กลัวว่า  
เมื่อหนูตายแล้วลูกจะอยู่อย่างไร จะฝากให้ใครดูแลลูก  
แทนได้บ้างหนูกับแฟนสมควรตายอยู่แล้ว แต่ลูกเขาไม่  
เกี่ยวข้องด้วย เขาไม่ได้ติดโรคด้วย”

### 3. ขั้นตอนการเผชิญสภาพความเป็นจริง

ในขั้นตอนการเผชิญสภาพความเป็นจริงนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้สำรวจ และทราบถึงปัญหาของตนเอง ผู้วิจัยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาและความไม่สบายใจเมื่อประเมินความสามารถในการปรับตัวเผชิญความจริงแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเผชิญสภาพความเป็นจริงเกี่ยวกับความตายได้

#### 3.1 ทำใจยอมรับด้วยธรรมะ และสมาธิ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับตัวเพื่อเผชิญความจริงเกี่ยวกับความตายด้วยการใช้หลักธรรมะ และการทำสมาธิเพื่อให้สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง “ตอนนั้นแม่สอนให้หนูก็ไหว้พระทุกคืน ทำสมาธิก่อนนอน พยายามปล่อยวาง คิดว่าคนเราเกิดมาก็ต้องตายกันทุกคนค่ะ”

#### 3.2 พร้อมที่จะตาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กล่าวว่า พร้อมที่จะตาย ซึ่งความพร้อมในที่นี้เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจ นั่นคือ เมื่อนึกถึงความตายแล้วจะไม่รู้สึกกลัวที่จะตาย เพราะยอมรับได้แล้วว่าจะต้องตาย ดังนี้

##### (1) การเตรียมตัว

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวตายในลักษณะของการจัดเตรียมข้าวของการส่งลาญาติใกล้ชิดในการจัดเตรียมงานศพดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “หนูเตรียมเสื้อผ้ากับเก็บเงินไว้ให้แม่ สำหรับจัดงานศพหนูแล้วแต่อย่างอื่นก็ไม่ว่าจะเตรียมอะไร ก็คิดว่าถ้าเตรียมสิ่งของมากจะเป็นการแข่งตัวเอง หรือเปล่า และไม่อยากให้แม่เห็นสิ่งของเหล่านี้มากนัก หนูกลัวว่าแม่จะยิ่งเสียใจ” และผู้ป่วย ข กล่าวว่า “หนูเตรียมเสื้อผ้ากับเก็บเงินไว้ให้แม่ สามี่ และลูกๆ สำหรับจัดงานศพหนูแล้ว เตรียมรูปถ่ายที่จะติดในงานศพแล้วด้วย ข้าวของเงินทองที่มีหนูก็ทำพินัยกรรมแบ่งเรียบร้อยแล้ว ส่วนไหนยกให้ใคร จะจัดงานศพก็วันกับบอกเรียบร้อยแล้วค่ะหมอ”

##### (2) การตายท่ามกลางคนใกล้ชิด

ในการเผชิญความเป็นจริงเกี่ยวกับความตายนี้นักกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการใช้ชีวิตในระยะ

สุดท้ายและตายอย่างธรรมชาติท่ามกลางคนใกล้ชิดและคนที่รักที่บ้าน ซึ่งในที่นี้จะรวมถึงมารดา บิดา พี่น้อง อย่างไรก็ตามบางส่วนที่มีลูกจะต้องการให้ลูกเห็นสภาพก่อนตาย เพราะไม่ต้องการให้ลูกกลัว ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ผมอยากไปตายที่บ้านท่ามกลางญาติๆ ครับ ยังไง ก็ขอให้ได้เห็นหน้าลูก เห็นหน้าเมีย เห็นหน้าแม่ก่อนตายผมก็พอใจแล้วครับ”

#### (3) ดีที่ได้รู้ล่วงหน้า

มีบางส่วนของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อดีของการได้มีโอกาสรู้ล่วงหน้าว่าตนเองจะตายในขณะที่คนส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสรู้ล่วงหน้า เพราะนับว่าเป็นโอกาสที่ดีที่จะได้ทำสิ่งที่อยากทำผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า “หนูก็พยายามทำใจ คิดเสียว่าทุกคนเกิดมาแล้วต้องตาย เพียงแต่จะตายเมื่อไหร่เท่านั้นเอง หนูคิดว่าตัวเองโชคดีที่ได้รู้ตัวเองก่อนตาย ได้ทำอะไรตั้งหลายอย่างที่อยากทำก่อนตาย ทุกวันนี้หนูไม่คิดอะไรมาก อยากจะกินอะไรก็กิน อยากจะทำอะไรก็ทำ เอาให้ตัวเองมีความสุขแล้วคนอื่นไม่เดือดร้อนหนูก็เอาแล้วค่ะ”

#### 3.3 ทำดีที่สุดเพื่อคนที่อยู่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าตนเองอาจจะต้องตายในเวลาไม่ช้าจะพยายามทำให้ดีที่สุดเพื่อคนที่อยู่กลุ่มตัวอย่างจะพูดถึงเรื่องการเก็บเงินเพื่อครอบครัวและการใช้เวลาอย่างคุ้มค่าร่วมกับครอบครัว ซึ่งกลุ่มหนึ่งที่จะกล่าวถึงการเก็บเงินเพื่อครอบครัว ส่วนใหญ่ที่กลุ่มนี้ต้องการทำในระยะสุดท้ายของตนเอง คือการทำงานเพื่อเก็บเงินไว้ให้คนที่รัก ผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ผมอยากกลับบ้าน อยากใช้เวลาที่เหลือนี้อยู่กับแม่และเมียแล้วก็ทำงานเก็บเงินให้ได้มากที่สุด เมื่อผมตายเขาจะได้ไม่ลำบากกันมากนัก” ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งจะกล่าวถึงเรื่องการใช้เวลาอย่างคุ้มค่า กลุ่มนี้ต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่เพื่อกับคนที่รักให้มากที่สุด โดยการช่วยทำงานบ้านทำให้ดีกว่าเดิม ดูแลเอาใจใส่มากขึ้นรวมทั้งบวชเพื่อทดแทนบุญคุณ ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “กลับบ้านไปหาแม่บ่อยขึ้น เมื่อก่อนแม่ต้องโทรตามบางครั้งผมก็ไม่กลับตอนนั้นก็กลับไปบ้าน ผมก็พาแม่ไปตลาด พาไปวัด พาไปกินข้าวนอกบ้านบ่อยขึ้น”

### 3.4 การสนับสนุนและกำลังใจจากคนใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พบว่าการสนับสนุนและกำลังใจจากการใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นโรค และระยะที่ปรับตัว เพื่อเผชิญความจริงเกี่ยวกับความตาย ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมเคยเศร้ามากเคยคิดฆ่าตัวตาย แต่ทุกคนในบ้านก็ช่วยกันเป็นกำลังใจบอกว่า จะดูแลกันจนถึงวันสุดท้ายของผม และที่สำคัญคือ แฟนผมเขาก็ไม่ทิ้งผม เขายังส่งเงินมาให้ผมใช้จ่ายตลอดเมื่อเดือนกุมภาพันธ์นี้ เขาก็เดินทางมาเยี่ยมผมครั้งหนึ่งมาอยู่เมืองไทยหลายวัน พาผมไปเที่ยวที่ภูเก็ตเกือบอาทิตย์ผมมีความสุขมาก เขาสัญญาว่าจะไม่ทิ้งผม จะส่งเงินมาให้ผมใช้จ่ายตลอด”

### 4. ขั้นตอนการสร้างข้อสัญญาผูกพัน และการวางโครงการ

ในการสร้างข้อสัญญาผูกพันและวางโครงการนี้จะเป็นข้อตกลงระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดสัญญาว่าจะดูแลตนเองให้ดีที่สุดทั้งทางด้านร่างกาย และด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อนรวมทั้งการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน และด้านจิตใจ โดยการยอมรับ ทำสมาธิเพื่อ

ให้จิตใจสบาย ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง “ก็ในช่วงแรกที่ยังไม่ค่อยดีจะพยายามดูแลตนเองตามที่คุณหมอสั่งทุกอย่าง กินยาตามที่หมอสั่ง ออกกำลังกายไหวพระ สวดมนต์ทำสมาธิค่ะหมอ”

### 5. ขั้นตอนการติดตามการปฏิบัติตามโครงการและการยุติการให้คำปรึกษา

5.1 พร้อมแล้วที่จะก้าวต่อไป ในขั้นตอนการติดตามปฏิบัติโครงการและยุติการให้คำปรึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างพร้อมแล้วที่จะก้าวต่อไปโดยมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตชัดเจนขึ้นซึ่งส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างสามารถไหวพระสวดมนต์และทำสมาธิได้ทุกวัน

### การยอมรับความตายหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด

เมื่อทดสอบคะแนนความแตกต่างระหว่างคะแนนการยอมรับความตายระหว่างก่อน และหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า ค่าคะแนนการยอมรับความตายหลังให้การปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงสูงกว่าก่อนให้การปรึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการยอมรับความตายก่อนและหลังให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test

|                 | พิสัย   | $\bar{X} \pm SD$  | Mean Rank | Sum of Rank | Z       | p-value |
|-----------------|---------|-------------------|-----------|-------------|---------|---------|
| ก่อนเข้าโปรแกรม | 18 - 64 | 43.14 $\pm$ 14.18 | 1.50      | 1.50        | -3.21** | 0.000   |
| หลังเข้าโปรแกรม | 38 - 75 | 58.14 $\pm$ 11.88 | 7.96      | 103.50      |         |         |

### การเตรียมตัวสำหรับความตายหลังการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริงของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อไวรัสโรคปอด

ทดสอบคะแนนความแตกต่างระหว่างคะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตายระหว่างก่อน และหลัง

การให้คำปรึกษาตามทฤษฎีเผชิญความจริง สถิติ Wilcoxon signed-ranks test พบว่า ค่าคะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตายหลังการให้คำปรึกษาสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.000$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตายก่อนและหลังให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎี  
เผชิญความจริง ด้วยสถิติ Wilcoxon signed- ranks test

|                               | ก่อนให้การปรึกษา |                  |           |             | หลังให้การปรึกษา |                  |           |             | Z     | p-value |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------|-------------|------------------|------------------|-----------|-------------|-------|---------|
|                               | พิสัย            | $\bar{X} \pm SD$ | Mean Rank | Sum of Rank | พิสัย            | $\bar{X} \pm SD$ | Mean Rank | Sum of Rank |       |         |
| การเตรียมตัว<br>สำหรับความตาย | 4-22             | 12.36 $\pm$ 5.67 | 0.00      | 0.00        | 17-25            | 21.5 $\pm$ 02.68 | 7.50      | 105.00      | -3.33 | 0.000   |

ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านแล้ว พบว่า ค่า และหลังการเข้าโปรแกรม ดังตารางที่4

คะแนนการเตรียมตัวสำหรับความตายก่อน

ตารางที่4 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการเตรียมตัวตามรายด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ  
สำหรับความตายก่อนและหลังให้การปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริงด้วยสถิติ Wilcoxon signed- ranks test

|                               | ก่อนให้การปรึกษา |                  |           |             | หลังให้การปรึกษา |                  |           |             | Z     | p-value |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------|-------------|------------------|------------------|-----------|-------------|-------|---------|
|                               | พิสัย            | $\bar{X} \pm SD$ | Mean Rank | Sum of Rank | พิสัย            | $\bar{X} \pm SD$ | Mean Rank | Sum of Rank |       |         |
| ด้านร่างกาย                   | 0 - 7            | 3.36 $\pm$ 2.13  | 0.00      | 0.00        | 6 - 8            | 7.21 $\pm$ 0.70  | 7.50      | 105.00      | -3.33 | 0.000   |
| ด้านจิตใจ                     | 2 - 6            | 3.50 $\pm$ 1.45  | 0.00      | 0.00        | 4 - 6            | 5.50 $\pm$ 0.65  | 6.50      | 78.00       | -3.08 | 0.001   |
| ด้านสังคม                     | 0 - 5            | 1.93 $\pm$ 1.73  | 3.50      | 3.50        | 1 - 5            | 3.57 $\pm$ 1.34  | 6.77      | 74.50       | -2.83 | 0.002   |
| การเตรียมตัว<br>สำหรับความตาย | 0 - 6            | 3.57 $\pm$ 2.10  | 2.00      | 2.00        | 3 - 6            | 5.21 $\pm$ 0.98  | 5.89      | 53.00       | -2.62 | 0.004   |

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยในเชิงทฤษฎีผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับทฤษฎีของกลาสเซอร์<sup>11</sup> ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่กล่าวมาแล้วข้างต้นที่สามารถทำให้บุคคลยอมรับ และสามารถเผชิญความจริงได้ และในเชิงของกระบวนการพยาบาลซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของการพยาบาล คือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์โดยทฤษฎีการพยาบาล จากฐานแนวคิดนี้จะเน้นคุณค่าของคน สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และในกาปฏิบัติของพยาบาลที่เป็น Therapeutic healer ภาพลักษณ์ของพยาบาลให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เน้นคุณลักษณะของพยาบาล คือ อ่อนโยน เห็นใจ และรับฟังสัมผัสเอาใจใส่<sup>17</sup>

## ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1. ในการปฏิบัติกาพยาบาล พยาบาลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม (Holistic nursing care) เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ และติดเชื้อไวรัสโรคปอดนี้เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณรวมถึงปัญหาทางเศรษฐกิจดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้นอกจากจะต้องมุ่งเน้นที่การลดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วยังควรต้องให้ความสนใจต่อความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคที่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิต การแยกแยะว่าผู้ป่วยมีปัญหาอย่างไร มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา (Coping) หรือไม่อย่างไร มีแหล่งสนับสนุนเพียงพอหรือไม่ทั้งทางด้านการดูแลและห่วงใยผู้ป่วยและทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณและเศรษฐกิจพยาบาลควรกระตุ้นและให้โอกาสครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความพร้อมต่อการที่จะเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมนี้ควรต้องเป็นการพยาบาลที่ต่อเนื่อง (Continuing care) ระหว่างโรงพยาบาล และที่บ้านตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วย

เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ในชีวิตของผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และคนใกล้ชิดที่บ้าน จึงจำเป็นต่อการพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้

2. พยาบาลควรเน้นบทบาทการให้คำปรึกษาทางการพยาบาล (Counseling) ให้มากขึ้นซึ่งในกระบวนการให้คำปรึกษานี้พยาบาลควรจะต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Therapeutic Relationship) ซึ่งคุณลักษณะทางวิชาชีพซึ่งรวมถึงการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness) ความจริงใจ (Genuineness) ความอบอุ่นเป็นกันเอง (Warmth) และการยอมรับนับถือบุคคล (Respect) เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างความไว้วางใจ (Trust) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจขึ้นแล้วพยาบาลจึงใช้ทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication) ในการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าเรื่อง และระบายความรู้สึกหลังจากนั้นจึงจะนำเข้าสู่กระบวนการให้คำปรึกษาได้ทักษะนี้เป็นทักษะทางวิชาชีพ ซึ่งจัดว่าเป็นการบำบัดทางการพยาบาลสำคัญ พยาบาล ควรได้รับการฝึกฝนอบรมในเรื่องนี้เพื่อจะได้พอเพียงต่อการให้การดูแลผู้ป่วย

3. พยาบาลควรใช้แหล่งประโยชน์จากครอบครัว และคนใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับตัวได้ดีขึ้น เพราะข้อมูลจากการวิจัยสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนถึงบทบาทของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้ป่วย และส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ดังนั้นการประสานงานให้ข้อมูลความรู้แก่ครอบครัวและคนใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรต้องดำเนินการ

### ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

กระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยยังไม่มีอยู่ในรูปแบบที่เป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาล (Nursing Protocol) ที่ชัดเจน ควรพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ และนำไปทดลองเพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ได้กว้างขวางต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคติดต่อทั่วไป, กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ.

2547. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป, กรมควบคุมโรค; 2547.
2. กรมควบคุมโรค, สำนักโรคติดต่อทั่วไป, กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์; 2547.
3. กองโรคติดต่อทั่วไป, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์เอดส์. Health Library for Thai 2544: 44.
4. ขวัญตา บาลทิพย์. ประสบการณ์การรับรู้เกี่ยวกับความตายของผู้ป่วยเอดส์ ณ วัดแห่งหนึ่งทางภาคใต้. [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลา; 2541.
5. ชาคิต สุตสายเนตร. วิธีการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลต่อความตายของผู้ป่วยโรคเอดส์. [วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
6. พัชรี ตั้งกุลยางกูร, ชลศักดิ์ ลักษณะวงศ์ศรี. การสื่อสารและการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2540.
7. สมจิต หนูเจริญกุล. การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. กรุงเทพฯ: เจวีพรินติ้ง; 2550.
8. องค์การอนามัยโลก. วัณโรคชนิดดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) คุณภาพประเทศไทยจริงหรือผลการทบทวนรายงานการวิจัย 55 เรื่องระหว่าง พ.ศ. 2511-2541. ม.ป.ท.: 2541.
9. อมร ลีลาวิทย์ และสุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพฯ: บริษัทพีทีพรินท์; 2536.
10. อุทยา นาคเจริญ. การเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี [วิทยานิพนธ์ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
11. Kubler Ross E. Death and Dying. New York : MacMillan; 1969.12. Rose MA, Alexander BC. Coping Behaviors of Mother with HIV AIDS. AIDS Patient Care and STDS 1996;7:44-47.