

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
กรณีศึกษาอำเภอพนมทวนจังหวัดกาญจนบุรี

ปริญญาานิพนธ์

ของ

อาทิสุดา ขำจิตต์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖๖.๙๙๙๒

๐๖๒๒๓

๘.๓

การรับบริการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
กรณีศึกษาอำเภอพนมทวนจังหวัดกาญจนบุรี

บทคัดย่อ

ของ

อาทิสุดา ชำจิตต์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม ๒๕๔๘

๖๒๗๘๔๔๐

๒๐ ก.ย. ๒๕๔๘

อาทิสุดา ขำจิตต์ (2548) การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษา อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ปรินญาณิพนธ์ วท ม สุขศึกษา กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะกรรมการควบคุมผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร ไพบุลย์ อ่อนมั่ง อาจารย์ ดร สรณู ภูคง

นโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบัน ได้เน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพแบบครบถ้วนตอเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขจนถึงที่บ้าน แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการบริการ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และการให้ความหมาย การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านและเงื่อนไขและบริบทที่มีผลต่อการยอมรับการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในอำเภอพนมทวน ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 18 คน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มี 4 ลักษณะ คือ 1) การรับรู้จากบุคลากรสาธารณสุข 2) การรับรู้จากสังคมแบบสอดส่อง 3) การรับรู้จากประสบการณ์ของตนเอง 4) การรับรู้จากญาติพี่น้องเป็นผู้เสนอให้

การให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มี 2 ลักษณะ คือ 1) การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ ช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ ช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล และช่วยเหลือด้านอื่นๆ 2) การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาเป็นช่องทางทำให้คนอื่นทรามว่าเป็นโรคเอดส์ เป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและครอบครัว

เงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้แก่ 1)การเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2) การปรับตัวหลังการติดเชื้อเอดส์ 3) การเปิดเผยตนเอง 4) ระบบบริการสุขภาพ และลักษณะของบริการ 5) ทางเลือกในการดูแลสุขภาพด้านอื่น 6) ค่าใช้จ่ายและการประหยัดทรัพยากร 7) ความต้องการของผู้ดูแลและญาติพี่น้อง

ผลการศึกษาเสนอแนะให้บุคลากรสาธารณสุขปรับปรุงแบบการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแบบผสมผสานกับการดูแลประเภทอื่น ไม่แบ่งแยกและแตกต่างกัน และควรส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กับชุมชนด้วย

HOME HEALTH CARE SERVICE AS PERCIEVED BY HIV / AIDS PATIENTS
A CASE STUDY AT PHANOMTOUN DISTRICT , KANCHANABURI PROVINCE

AN ABSTRACT
BY
ARTISUDA KHAMJIT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
May 2005

Artisuda Khamjit (2005) *Home Health Care Service as Percived by HIV / AIDS Patients*
A Case Study at Phanomtoun District , Kanchanaburi Province Master Thesis,
M Sc (Health Education) Bangkok Graduate School Srinakharinwirot University
Advisor Committee Assist Prof Lt JG Dr Paiboon Onmung, Dr Sadhon
Bhookong

The policy in taking care the HIV/AIDS patients at present focus on the completion of health care continuingly from the hospital to home, but the HIV/AIDS patients did not accepted The purposes of this research were to study the perception in the meaning of the home health care service and the condition of context to inservice of home health care The subjects were 18 HIV/AIDS patients in Phanomtoun District The indept interviewing was applied to keep document

The results of this study found that the perceptions in home health care service were divided into 4 channels 1) from the public health personal 2) the relative society 3) experience 4) family relations

The perceptions in the meaning of home health care service were devided in 2 dimentions 1) positive view in physical, mental, take card and essential need 2) negative view for exposed their position

The conditions to accepted home health care service were 1) illness condition 2) setting sickness role 3) degree of appearance 4) health care system 5) trial health care 6) financial and resource 7) need of bothering cousins

The results of this study was suggest that the health care personal should to apply and integrate the procedure of home health care service They shoud not isolate HIV/AIDS patients from their community and should to learning to take them to living together

ปริญญานิพนธ์

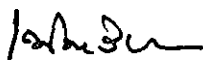
เรื่อง

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
กรณีศึกษาอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

ของ

นางสาวอาทิสดา ขำจิตต์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

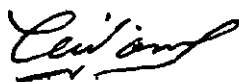


คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



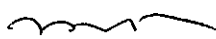
ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบุลย์ อ่อนมั่ง)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร. สชญ ภูงค์)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(รองศาสตราจารย์ สพญ. นภาพร มัชฌิมกุล)



กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์)

ประกาศคุณประการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีเป็นเพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร สธัญ ภูคง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ท่านทั้งสองได้เสียสละเวลาอันมีค่าคอยให้คำปรึกษาแนะนำในการจัดทำงานวิจัยนี้ทุกขั้นตอน อีกทั้งทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำงานวิจัยในชุมชนและรู้ถึงคุณค่างานของงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและใคร่ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรสุขศึกษา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนที่ได้อนุเคราะห์และให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูลนี้อย่างดีเยี่ยมและที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดผู้วิจัยขอกราบเท้าขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้เป็นมิ่งขวัญ ให้ความรู้ อบรมเลี้ยงดู ให้ผู้วิจัยเป็นคนดีมีความขยัน มานะ อดทน รวมถึงขอขอบคุณน้อง หลานทุกคนในครอบครัว และเพื่อนๆทุกคนที่ให้กำลังใจและกำลังใจที่ติดตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

อาทิสดา ขำจิตต์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	จุดมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	5
	ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	5
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	5
	นิยามศัพท์	5
2	เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดในการวิจัย	6
	ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	6
	สาเหตุของโรคและพยาธิสภาพ	6
	การติดต่อ	7
	ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์	8
	ระยะฟักตัว	8
	การวินิจฉัยโรคเอดส์	9
	การแบ่งประเภทผู้ติดเชื้อเอดส์	9
	การรักษาโรคเอดส์	10
	ปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์	12
	การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	14
	แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้	14
	การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์	16
	การอยู่ร่วมกับเอดส์	16
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	18
	องค์ประกอบที่ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ	20
	การดูแลสุขภาพของตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ	20
	พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ	22
	พฤติกรรมเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข	22
	พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	23

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2	(ต่อ)บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	23
	วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน	26
	ขอบเขตการดูแลสุขภาพที่บ้าน	27
	แนวคิดพื้นฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน	28
	ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์	31
	การวิจัยเชิงคุณภาพ	34
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการตอบสนองของผู้ติดเชื้อ	37
	งานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี	38
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน	41
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	42
3	วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	43
	ความนำ	43
	รูปแบบการวิจัย	43
	วิธีการวิจัย	43
	สถานที่เก็บข้อมูล	44
	ผู้ให้ข้อมูลหลัก	44
	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	45
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
	กระบวนการวิจัย	45
	การลงพื้นที่วิจัย	45
	การเข้าถึงข้อมูล	46
	กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล	46
	กระบวนการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล	48
	จริยธรรมในการวิจัย	50
4	บริบทพื้นที่และประชากรที่ศึกษา	51
	สภาพทั่วไปของอำเภอพนมทวน	51
	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
5	การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	64
	การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน	64
	กระบวนการให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน	71
	เงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่	77
6	สรุป และอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	85
	สรุปผลการวิจัย	85
	ข้อเสนอแนะ	93
	บรรณานุกรม	95
	ภาคผนวก	103
	แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	104
	ประวัติย่อผู้วิจัย	107

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยโคเอดส์และผู้เสียชีวิตจำแนกตามภูมิสำเนาจังหวัดกาญจนบุรี	53
2	สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน ปี 2547	54
3	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำแนกตามลักษณะ เพศ อายุ	56
4	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามลักษณะการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว	57
5	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามลักษณะ อาชีพ และที่มาของรายได้	58
6	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามรายได้ส่วนตัวต่อเดือนเปรียบเทียบกับสถานภาพทางการเงิน	59
7	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามหลักประกันสุขภาพ	60
8	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามสาเหตุการติดเชื้อ	61
9	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อและการเปิดเผยการติดเชื้อต่อครอบครัว	62
10	จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามประเภทแหล่งพยาบาลที่เข้ารับการรักษายาพยาบาลและวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	63

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

เอดส์นับว่าเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายๆประเทศและมีผลกระทบต่อคนหลายๆ ล้านคนทั้งผู้ชาย ผู้หญิงและเด็กๆ ถึงแม้มีรายงานผู้ป่วยรายแรกในชายรักร่วมเพศแต่ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคได้แพร่ขยายไปอย่างกว้างขวางและมีการแพร่ระบาดมากขึ้นทุกปี จนเป็นปัญหาของสังคมและปัญหาเศรษฐกิจตามมา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2548 สำนักกระบาดวิทยา ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 354,510 ราย และมีผู้เสียชีวิต 85,372 ราย ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มอายุ ที่พบมาก เป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ด้านอาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 44.2 รองลงมา คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 20.8 ค้าขาย ร้อยละ 4.3 งานบ้าน ร้อยละ 3.6 และข้าราชการพลเรือน ร้อยละ 2.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือ เพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 78.64 (สำนักกระบาดวิทยา 2548 : 1)

รัฐบาลได้ริเริ่มแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ทั่วประเทศในปี 2533 - 2534 องค์ประกอบหลักของแผนงานก็คือ การรณรงค์ให้ความรู้แก่แกนสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคเอดส์และวิธีการป้องกัน เนื่องจากผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่เกิดจากความเกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ การรณรงค์จึงเน้นเรื่องใช้บริการเสกษณีในกลุ่มชายไทยร่วมกับการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ซึ่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดังกล่าวทำให้ระดับของพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไทยลดลงโดยจำนวนร้อยละของชายไทยที่ใช้บริการจากหญิงบริการทางเพศในแต่ละปี ลดลงจากประมาณร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 10 โดยประมาณ การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็น ร้อยละ 95 การลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ผ่านการขายบริการทางเพศช่วยลดสาเหตุของการระบาดได้ แต่ยังไม่น่าพอใจนัก เพราะแม้จะขึ้นศตวรรษใหม่แล้ว ก็ไม่สามารถรักษาหรือมีวัคซีนป้องกันเอดส์ได้และแม้จะประสบความสำเร็จในผู้ติดเชื้อรายใหม่ แต่เอดส์ก็ได้แพร่กระจายในกลุ่มประชากรไปมากแล้วก่อนมีนโยบายป้องกัน (The World Bank 2000 : 1-4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการระบาดของเชื้อเอชไอวีและการระบาดของโรคเอดส์ที่คาดประมาณว่าจะตรวจพบอาการป่วยได้เมื่อเวลาผ่านไปแล้วประมาณ 7- 10 ปี โดยการติดเชื้อเอชไอวีระบาดขึ้นประมาณปีพ.ศ. 2528 เชื่อว่าจุดสูงสุดของการระบาดอยู่ราวปีพ.ศ. 2539 - 2540

สวนการระบาดของโรคเอดส์ (ผู้ป่วยที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์) เริ่มในปี พ.ศ. 2533 นั้น ขณะนั้นจะอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการระบาด เชื่อว่าจุดสูงสุดอยู่ในราวปี พ.ศ. 2547 – 2550 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2543 : 196)

โรคเอดส์มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายทำให้ต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆไปตลอดชีวิตไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อร่างกายจากโรคแทรกซ้อนและอาการเจ็บป่วยที่เป็นๆหายๆ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต คือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับผลกระทบต้อจิตใจเนื่องจากถูกรังเกียจจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการรณรงค์ให้ประชาชนกลัวเอดส์ โดยใช้สมมติฐานให้กลัวเพื่อหลีกเลี่ยง ก่อให้เกิดการรังเกียจผู้ติดเชื้อ มีการแบ่งแยกทางสังคม (Social Discrimination) เช่น ไม่รับเข้าทำงาน ไม่ให้เข้าศึกษา หรือไม่ได้รับบริการที่จำเป็น (ชัยยศ คุณานุสสุทธิ์ 2543 : 17)

ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วยยังสร้างภาระการรักษา โดยผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อจะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 12 วัน ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้เฉลี่ยเพียงละ 300,000 บาทต่อปี(ศุภชัย ฤกษ์งามและคณะ 2535 : 127-133) สำหรับค่ายาที่ต้องใช้สำหรับรักษาอาการป่วย จะตกประมาณคนละ 60,000 บาทต่อปี(ชัยยศ คุณานุสสุทธิ์และคณะ 2537 : 191-199) ไม่รวมความสูญเสียทางอ้อม เช่นค่าเสียโอกาสทำงาน ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัว จะเห็นได้ชัดว่าโรคเอดส์สร้างภาระให้กับทั้งภาครัฐและครอบครัวอย่างมากมายจำเป็นที่ต้องเร่งหาทางออกที่เหมาะสม โดยเฉพาะในภาวะที่เศรษฐกิจชะงักงันของประเทศไทยในขณะนี้

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ได้มีการปรับปรุงแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานที่สอดคล้องและต่อเนื่องกับสถานการณ์ของโรคเอดส์ที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยในเรื่องยุทธศาสตร์ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการพัฒนาบริการพื้นฐานทางสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพและระบบสวัสดิการทางสังคม โดยการสร้างศักยภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้เข้าถึงและเท่าเทียม รวมทั้งจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์อย่างครอบคลุมและเป็นธรรม ควบคู่ไปกับการส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว และชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพสมาชิกยามเจ็บป่วยหรือเมื่อประสบปัญหาเดือดร้อน

เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดังกล่าว ทางสถานบริการทางสาธารณสุขได้พัฒนาการบริการทางสาธารณสุขในระดับต่างๆ ให้มีมาตรฐานในการดูแลรักษา ให้การปรึกษา และจัดศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน (Day Care Center) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการได้มากที่สุด แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเพราะอัตราการเพิ่มบุคลากร จำนวนเตียง และระบบรองรับ

เติบโตช้ากว่าการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเอดส์อย่างเทียบกันไม่ได้ ทางออกที่เป็นไปได้ มีหลายทาง ตั้งแต่การปฏิรูประบบการรักษาผู้ป่วยเลย ซึ่งก็จะก่อให้เกิดปัญหาในระบบบริการ เพราะผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล ตลอดจนสังคมไทยคงรับไม่ได้ สำหรับในทางตรงข้ามการรับรักษาทุกราย จะส่งผลกระทบต่องบประมาณและการจัดการอย่างแน่นอน(ชัยยศ คุณานุสสุทธิ์ 2543 47)

การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีนอกจากจะสามารถจัดการรักษาในสถานพยาบาลแล้ว ยังมีนโยบายดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งเป็นบริการที่ไม่แพงเนื่องจากเป็นการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันการลุกลามและลดความรุนแรงอันจะส่งผลให้ลดอัตรา การครองเตียงในโรงพยาบาลด้วย มีการศึกษาถึงข้อดีของการให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน(จุฬารัตน์ สรีลิขิตตานนท์ 2537 36-37) ว่า ผู้ป่วยได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยมีความเป็นส่วนตัว โอกาสที่จะติดเชื้อน้อยกว่าอยู่ในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าอยู่ที่โรงพยาบาล มีโอกาสที่จะแสดง กิจกรรมร่วมกับครอบครัว และหลีกเลี่ยงปัญหาด้านอารมณ์จากการถูกแยกจากครอบครัว บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านนอกจากเป็นการดูแลรักษายังเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อสามารถบำรุงรักษาสุขภาพตนเองยืดระยะเวลาก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยออกไปให้นานที่สุด

บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นงานสาธารณสุขเชิงรุกที่มีความครอบคลุมและมีความต่อเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขจนถึงบ้านและครอบครัว มุ่งเน้นบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ตลอดจนตอบสนองความต้องการทางสุขภาพ ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการดำเนินงานของคณะทำงานเอดส์ของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอพนมทวนพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับบริการดูแลที่บ้าน หรือรับบริการไประยะหนึ่งแล้วขอยุติการให้บริการ แล้วทำให้ขาดการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการกลับมารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เมื่อเกิดอาการรุนแรง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง บางครั้งอาการของโรคก็รุนแรงลุกลามจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้วิจัยสนใจประเด็นการรับรู้ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ว่ามีการตีความหมายและรับรู้อย่างไรรวมถึงมีการยอมรับหรือไม่ยอมรับ และมีเงื่อนไขอะไรที่เอื้อต่อการรับรู้ที่ส่งผลให้เกิดการยอมรับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการรับบริการดูแลที่บ้าน เพื่อพัฒนาบริการดูแลการให้คำแนะนำ ตลอดจนการช่วยเหลือแก้อุปสรรคผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่บ้าน และมีผลให้การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

- 1 เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2 เพื่อศึกษากระบวนการให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์
- 3 เพื่อศึกษาเงื่อนไขและบริบทของการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

- 1 ผลของการศึกษาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจการรับรู้และกระบวนการให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 2 ผลของการศึกษาจะทำให้เข้าใจถึงเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องและบริบทของการยอมรับหรือไม่ยอมรับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ ความรู้ที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวางแผนและหากวิธีที่เหมาะสมในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
- 3 ผลการศึกษาจะสามารถไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน/ โครงการ/ กิจกรรมเกี่ยวกับด้านเอดส์ สำหรับผู้ที่จะค้นคว้าต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาการรับรู้ในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ว่ามีการตีความหมายและรับรู้อย่างไรมีการยอมรับหรือไม่ยอมรับ และมีปัจจัยอะไรบ้างที่เอื้อต่อการรับรู้ที่ส่งผลให้เกิดการยอมรับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการรับบริการดูแลที่บ้าน

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นอำเภอที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด จากจำนวนทั้งสิ้น 13 อำเภอ โรงพยาบาลประจำอำเภอมีการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมาแล้ว 7 ปี อีกทั้งเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและเป็นคณะทำงานเอดส์ทำให้สามารถเก็บข้อมูลภาคสนามได้

สะดวก ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เคยผ่านกระบวนการดกลรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากโรงพยาบาลมาก่อน ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 179 คน(ข้อมูลจากสรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน ปีพ ศ 2547)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือ

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------|
| 1 | ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยเอดส์ | จำนวน 18 คน |
| 2 | ญาติผู้ติดเชื้อ | จำนวน 3 คน |
| 3 | บุคคลในชุมชนที่ผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ | จำนวน 3 คน |

นิยามศัพท์

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจต่อการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ว่ารู้ได้อย่างไรว่ามีบริการนั้นและประเมินว่าบริการนั้นมีลักษณะอย่างไร

กระบวนการให้ความหมายการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง กระบวนการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ชี้ให้ตนเองทราบว่าบริการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นเป็นอย่างไร ร่วมกับประเมินสถานการณ์จากสิ่งที่ได้พบและจากคนอื่นที่ตนเองมีปฏิสัมพันธ์ในขณะนั้น และเกิดการตีความว่าบริการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นจะส่งผลต่อตนเองอย่างไรและตัดสินใจกำหนดการกระทำของตนเองตามการตีความนั้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้ต้องการศึกษาการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยศึกษาว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์เข้าใจ และตีความหมายการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร ยอมรับหรือไม่ยอมรับในการบริการดูแลที่บ้านนั้นและมีปัจจัยใดที่สัมพันธ์ต่อการยอมรับการให้บริการดูแลที่บ้าน โดยศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

คำว่า "เอดส์" มาจากคำย่อในภาษาอังกฤษ คือ AIDS โดยมีคำเต็มในทางวิชาการว่า Acquired Immuno Deficiency Syndrome เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องหรือเสียไป เชื้อที่ทำให้เกิดโรคเป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งมีชื่อว่าเอชไอวี (HIV Human Immuno Deficiency Virus) เป็นไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงโดยมิได้เป็นมาแต่กำเนิด จนในที่สุดร่างกายจะอ่อนแอ ไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อใดๆ มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังและเสียชีวิตในที่สุด (อรอนงค์ อินทรจิตร และนรินทร์ กรินชัย 2543 2)

สาเหตุของโรคและพยาธิสภาพ

โรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่ง ที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี 1 (Human Immuno Deficiency Virus type 1) หรือเชื้อไวรัสเอชไอวี 2 (Human Immuno Deficiency Virus type 2) เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพแก่เซลล์ที่มี CD4 receptor ได้แก่เซลล์เม็ดเลือดขาวหลายชนิดและเซลล์ระบบประสาท เมื่อไวรัสเอชไอวี เข้าสู่เซลล์จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและแฝงตัวเงียบในนิวเคลียสของเซลล์ที่ติดเชื้อ เมื่อเซลล์ที่ติดเชื้อถูกกระตุ้นจากปัจจัยร่วมได้แก่ การติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสชนิดต่างๆ หรือสิ่งกระตุ้นทางกายภาพ ไวรัสเอชไอวีที่แฝงตัวนี้จะแบ่งตัวและเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก ออกจากเซลล์ที่อาศัยอยู่เข้าสู่เซลล์อื่นต่อไป เซลล์ที่ไวรัสเอชไอวีอาศัยอยู่จึงถูกทำลายโดยขบวนการที่ไวรัสออกจากเซลล์ และขบวนการทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีต่อเซลล์ที่ติดเชื้อ เนื่องจากเซลล์ที่ไวรัสเอชไอวีอาศัยอยู่

เป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อถูกทำลายจนกระทั่งภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงระดับหนึ่ง บุคคลนั้นจะติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรง(ประพันธ์ ภาณุภาค 2535 1-8)

การติดต่อ

เชื้อเอ็ดส์จะอยู่ในของเหลวที่ออกจากส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น เลือด น้ำในช่องคลอด น้ำตา น้ำลาย แต่จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ไวรัสตัวนี้แพร่เฉพาะทางเลือด น้ำกาม และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น ดังนั้นการติดต่อของเชื้อเอ็ดส์ จึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 วิธี ดังนี้ (ไพรัช ดีสุดจิต 2532 1 – 5)

1 การติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ระหว่างชายกับชาย ชายกับหญิง ถ้าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอ็ดส์อยู่และไม่ได้ป้องกันโดยใส่ถุงยางอนามัย เพราะเชื้อเอ็ดส์จะออกมาจากน้ำกามของ ผู้ชายและน้ำเมือกในช่องคลอดผู้หญิง โดยเฉพาะในเม็ดเลือดขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกามและน้ำเมือก ถ้ามีเลือดออกมา เช่น ขณะมีประจำเดือน และถ้ามีบาดแผลที่เกิดจากการร่วมเพศ เช่นทางทวารหนัก การฉีกขาดของช่องคลอด มีเลือดหรือน้ำเหลืองออกมาก็ยังถ่ายทอดโรคให้ผู้อื่นได้ง่ายยิ่งขึ้น จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า องค์ประกอบที่เอื้ออำนวยต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าระยะติดเชื้อที่ยังตรวจไม่พบ (Window period) ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute HIV infection) กับระยะที่เป็นเอ็ดส์เต็มขั้น จะถ่ายทอดเชื้อให้กับคู่่นอนได้สูง เพราะเป็นระยะที่มีเชื้อในเลือดจำนวนมาก ยิ่งสำคัญมากก็ยิ่งเสี่ยงมาก การร่วมเพศทางทวารหนักจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าทางช่องคลอดและปากตามลำดับ

2 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอ็ดส์

การใช้เข็มฉีดยา หลอดฉีดยาที่เปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ โดยการฉีดยาเข้าหลอดเลือดหรือการเกิดอุบัติเหตุ เช่นการถูกเข็มฉีดยาหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ ในระหว่างการปฏิบัติงาน การใช้เข็มหรือเครื่องมือแพทย์ที่ไม่สะอาด การสัก การฝังเข็ม การเจาะรูตุ้มหู รวมทั้งการเสริมสวยที่ใช้ของมีคมที่ไม่สะอาด ที่อาจจะเปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ การปลูกถ่ายอวัยวะ การผสมเทียม ถ้าอวัยวะหรือน้ำอสุจิที่นำมาให้คนไข้มาจากคนที่มีเชื้อเอ็ดส์อยู่ก็จะปนเปื้อนมากับเลือดหรือน้ำเหลืองได้

3 การติดต่อจากมารดาที่มีเชื้อเอ็ดส์สู่ทารก

ขณะตั้งครรภ์โดยผ่านทางรก โดยการปนเปื้อนของเลือดแม่ระหว่างคลอด เช่น เข้าทางรอยตัดของสายสะดือเด็ก หรือโดยการกินเลือดหรือน้ำคร่ำของแม่เข้าไประหว่างคลอด ส่วนการติดต่อทางน้ำนมก็เกิดได้จากเม็ดโลหิตขาวที่ปะปนอยู่ในน้ำนมของแม่ที่มีเชื้อเอ็ดส์

ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

การติดเชื้อเอดส์มีหลายปัจจัยดังนี้

ปริมาณไวรัส (Virus titer) ขึ้นอยู่กับสิ่งที่สัมผัสว่ามีปริมาณมากหรือน้อย ปริมาณไวรัสจะมีมากที่สุดเลือด ร่องลงมาได้แก่ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด สวมน้ำลาย น้ำตา ปัสสาวะ และน้ำนมมีปริมาณน้อยมาก ดังนั้นการสัมผัสเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด จึงมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าสัมผัสของเหลวอื่น

การมีบาดแผล (Trauma) การมีบาดแผลหรือรอยแตกเป็นช่องทางติดต่อของเชื้อเอดส์ เยื่อบุในปาก ในตา เยื่อบุในช่องคลอด อาจมีบาดแผลที่มองไม่เห็น ต้องระวังไม่ให้เชื้อเอดส์เข้าตา ปาก หรือสัมผัสที่ช่องคลอด

การติดเชื้ออื่นๆ (Secondary infection) ได้แก่ การเป็นกามโรคชนิดที่เป็นแผลจะทำให้เชื้อเอดส์เข้าสู่ร่างกายได้ง่าย มีโอกาสติดเชื้อได้มากขึ้นพื้นที่ผิวสัมผัสกับเชื้อ (Epithelial receptor) หมายถึงเซลล์ที่ไปสัมผัสกับเชื้อจะต้องมีพื้นที่ผิวที่สามารถรับเชื้อเข้าสู่เซลล์นั้นได้ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว

ความถี่ของการสัมผัส (Intensity of exposure) เช่น ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ระยะที่เข้าไปสัมผัสกับเชื้อ (Phase of infection) หมายถึงระยะเวลาที่ไปสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ขณะที่ร่างกายเจ็บป่วยอ่อนแอ เช่นคนเป็นไข้หวัดจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่ายกว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง

ระยะฟักตัว

ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับเชื้อจนกระทั่งมีอาการโรคเอดส์เต็มขั้น อาจเป็นเวลา 1-14 ปี (Kelly and Lawrence 1994 4) ซึ่งบุคคลที่ติดเชื้อแต่ละคนจะมีระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อแตกต่างกัน ขึ้นกับสายพันธุ์ของไวรัสเอชไอวีที่ก่อให้เกิดความรุนแรงต่างกัน จำนวนไวรัสเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย ความอ่อนแอทางพันธุกรรมของแต่ละคน (Partt 1991 17)

ระยะแรกของการติดเชื้อ ภายหลังการได้รับเชื้อ 2 – 6 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อบางคนจะมีต่อมน้ำเหลืองโต มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ กล่าวคือมีไข้ ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ มีผื่นขึ้นตามตัว ท้องเสีย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อเชื้อไวรัสเอชไอวีอย่างเฉียบพลันและจะหายไป 2 – 3 สัปดาห์ขณะนั้นร่างกายของผู้ติดเชื้อจะเริ่มสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี

การวินิจฉัยโรคเอดส์

การวินิจฉัยยามักมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่นั้น วิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือการตรวจเลือดเพื่อหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีโดยวิธี ELISA (Enzyme – linked immunosorbent assay) ถ้าเลือดให้ผลลบมากกว่า 2 ครั้ง ควรตรวจยืนยันผลด้วยวิธี Western blot แต่ถ้าผลการตรวจเลือดให้ผลลบในครั้งแรกในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นไม่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี เพราะอาจเพิ่งได้รับเชื้อและอยู่ในช่วงระยะก่อนที่ร่างกายจะสร้างแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีหรือระยะแฝง (Window period) จึงควรตรวจซ้ำอีกครั้งหนึ่งในเวลา 3 – 6 เดือนหลังการตรวจครั้งแรกเพื่อยืนยันผล (Flaskerud and Ungvarsk 1992 36) นอกจากนี้ในปัจจุบันยังมีวิธียืนยันอย่างอื่นคือการตรวจหาแอนติเจนของไวรัสเอชไอวี และวิธีตรวจหาจำนวนไวรัส

การแบ่งประเภทของผู้ติดเชื้อเอดส์

ในทางการปฏิบัติทางการแพทย์จะแบ่งผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ออกเป็น 3 กลุ่มคือ(กองระบาดวิทยา 2543 4-12)

1 ผู้ติดเชื้อที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymtomatic HIV patient) พิจารณาจากมีการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกัน ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อยังคงมีสุขภาพดีและดูแข็งแรงเหมือนคนปกติแต่ก็สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่บุคคลอื่นได้

2 ผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ (Symtomatic HIV patient) เดิมเรียกระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือ ARC (AIDS Related Complex) ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังมีอาการอย่างใด อย่างหนึ่งอีกหลายอย่าง เช่น

- 2 1 มีฝ้าขาวในบริเวณปากบริเวณกระพุ้งแก้ม เพดาน ปากและคอจากเชื้อรา
- 2 2 ต่อม้ำเหลืองโตบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ
- 2 3 เป็นงูสวัดหรือแผลริมชนิดลุกลาม
- 2 4 มีอาการเรื้อรังเกิน 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผิวหนัง อักเสบ น้ำหนักลดกว่า 10 %

3 ผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDS) เป็นผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับมีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยตามนิยามใหม่เริ่มใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขในปีพ ศ 2536 นั้นแบ่งเป็น 3 ประเภท โดยทุกประเภทจะต้องพบการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3 1 ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่มีอาการบ่งชี้ของภูมิคุ้มกันเสื่อม (AIDS or Severe HIV Disease)

3.2 ผู้ป่วยเป็นเอดส์ที่วินิจฉัยจากจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร (AIDS Diagnosis by CD4 count) พิจารณาการติดเชื้อ HIV ของผู้ป่วย ประกอบกับตรวจพบ CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง (เพื่อเป็นการยืนยันเนื่องจากมีการคลาดเคลื่อนของการตรวจได้ง่าย) ในกรณีนี้ไม่ปรากฏอาการโรคหรือกลุ่มอาการอื่นๆหรือการวินิจฉัยโดยอาศัยโรค หรือกลุ่มอาการอื่นยังไม่แน่นอน

3.3 การวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในทารกที่ติดเชื้อจากมารดา (Pediatric AIDS)

การรักษาโรคเอดส์

ในการรักษาโรคเอดส์นั้นมีวิธีการรักษาต่างๆ ดังนี้คือ

1 การรักษาโรคแทรกซ้อนต่างๆ คือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) มะเร็ง และอาการอื่นๆเช่น ไข้ ท้องเสีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด โรคหรืออาการเหล่านี้บางอย่างก็มีการรักษาได้ บางอย่างก็ไม่มียารักษาหรือหรือรักษาไม่หายขาด ปัจจุบันมีการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิด เมื่อร่างกายผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีระดับภูมิคุ้มกันลดลงถึงระดับหนึ่ง ก่อนที่จะเกิดโรคฉวยโอกาสขึ้นมาจริงๆ เช่นการให้ยาป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติส (Pneumocystis) ยาป้องกันโรคเชื้อราขึ้นสมอง และยาป้องกันวัณโรค เป็นต้น พบว่าการรักษาและการป้องกันโรคแทรกซ้อนสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ แต่โรคแทรกบางโรคก็ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมทั้งมะเร็งบางชนิดด้วย(วันทนา มณีศรีวงศ์กุล 2545 22)

2 การรักษาที่มุ่งกำจัดไวรัสเอดส์โดยให้ยาด้านเชื้อ HIV โดยใช้ยาหรือสารที่ไปออกฤทธิ์ระยะต่างๆ ของวงจรชีวิตของ HIV มียาประเภทต่างๆ เช่น

2.1 ยา AZT (Azidothymidine) หรือยาไซโดวูดีน (Zidovudine)

เป็นยาขนานแรกในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้ในผู้ป่วย AIDS หรือ AIDS Related Complex (ARC) ได้ยานี้มีผลในการยับยั้งการแบ่งตัวของ HIV แต่มีผลข้างเคียงที่รุนแรงคือการกดไขกระดูกผู้ป่วยจะมีอาการซีดและเม็ดเลือดขาวต่ำได้

2.2 ยา ddi (Didanosine , Dideoxyinosine) เป็นยาที่ได้รับการ

อนุมัติให้จำหน่ายได้ในสหรัฐอเมริกา ในปลายปี พ.ศ. 2532 แต่ในประเทศไทยได้รับการขึ้นทะเบียนยาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2533 ออกฤทธิ์คล้ายคลึงกับ AZT พบผลข้างเคียงในการกดไขกระดูกน้อยกว่า AZT แต่อาจทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบ (มีอาการ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน) หรือทำให้ปลายประสาทอักเสบ (มีอาการชา หรือปวดแสบปวดร้อน) ยา ddi นี้ ถูกกำหนดให้ใช้ในผู้ป่วยที่รักษาด้วย AZTแล้วไม่ได้ผลหรือทนผลข้างเคียงของAZTไม่ได้ (ประพันธ์ ภาณุภาค 2535 1-3)

2.3 ยา ddC (Dideoxycytidine , Zalcitabine) เป็นยาที่กำลังจะได้รับการอนุมัติให้จัด

จำหน่ายได้ในสหรัฐอเมริกา ออกฤทธิ์หยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัส HIV ในร่างกาย มีประ

ลักษณะไม่แตกต่างจาก ddi และ AZT พบว่ามีผลข้างเคียงคือ ทำให้เกิดอาการผื่นขึ้นตามตัว คลื่นไส้ ไข้ แผลในปาก ปวดข้อ ข้อบวม ท้องเดิน เกร็ดโลหิตต่ำ เม็ดโลหิตขาวต่ำ ปลายประสาทอักเสบ แต่จะทำให้เกิดอาการตับอ่อนอักเสบน้อยกว่า ddi และมีราคาถูกกว่ามาก ข้อบ่งชี้ในการใช้คือสำหรับ Primary HIV Infection ส่วนข้อห้ามการใช้คือกรณีที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมีอาการทางระบบประสาท เบาหวาน มีความผิดปกติทางไต หญิงตั้งครรภ์หรือในขณะให้นมบุตร เพราะยานี้ส่วนใหญ่จะถูกขับออกทางไต เมื่อให้ยาทางการรับประทานก็ถูกดูดซึมได้ดี ทางระบบย่อยอาหาร ทั้งในสภาวะท้องว่าง และขณะมีอาหารอยู่ในกระเพาะ (ชัยยศ คุณานุนันท์ 2535 3)

24 ยาอินเตอร์เฟอรอน (Interferon) เป็นยาที่กำลังได้รับความสนใจมาก ซึ่งมีใช้กันมาเกือบ 10 ปีที่แล้ว โดยใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและมะเร็งหลายชนิด ได้ถูกเริ่มนำมาใช้กับผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2528 เพื่อรักษามะเร็งแคโปซิซาร์โคมา ซึ่งเป็นมะเร็งของผนังหลอดเลือดที่พบบ่อยในผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นที่เป็นชายรักรวมเพศหรือรักรสองเพศ พบว่าได้ผลประมาณ 30-40% โดยออกฤทธิ์คนละที่กับ AZT ddi / ddC โดยไปขัดขวางการรวมตัวกันเข้าของเปลือกนอกของไวรัสเอดส์กับแกนกลาง จึงเป็นที่คาดหมายว่า อินเตอร์เฟอรอน จะสามารถเสริมฤทธิ์ของยากลุ่ม AZT ถ้าให้ไปพร้อมกัน

การใช้อินเตอร์เฟอรอนในลักษณะเป็นยาตัวแรกในการรักษาโรคเอดส์เต็มขั้นได้ถูกบดบังโดย AZT ซึ่งมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นนานกว่า การทดลองใช้อินเตอร์เฟอรอนในโรคเอดส์เต็มขั้นจึงเป็นการเปรียบเทียบการใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม AZT ที่มีการใช้อินเตอร์เฟอรอนเดี่ยว ๆ ก็เป็นการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงน้อย ๆ แต่จากผลการศึกษาทั่วโลกที่รายงานไว้ในที่ประชุมเมือง ฮานโอเวอร์ ประเทศเยอรมัน เมื่อวันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2535 พบว่าการให้อินเตอร์เฟอรอนเพียงอย่างเดียวเป็นเวลา 1-2 ปี ในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังไม่มีอาการสามารถยับยั้งการดกตัวของภาวะภูมิคุ้มกันได้ นอกจากนี้ถ้าให้ร่วมกับยากลุ่ม AZT ในผู้ป่วยที่มีอาการแล้วหรือมีมะเร็งของผนังหลอดเลือดจะพบว่าได้ผลดีกว่ายากลุ่ม AZT อย่างเดียว และการให้ยา 2 ตัวรวมกัน จะทำให้ลดขนาดของยาแต่ละตัวได้ ซึ่งจะช่วยลดผลข้างเคียงของยาแต่ละตัวด้วย

จากรายงานในที่ประชุมเมืองฮานโอเวอร์ ยังพบว่าอินเตอร์เฟอรอนนั้นนอกจากจะขัดขวางการประกอบกันเข้าเป็นตัวไวรัสเอดส์ที่สมบูรณ์แล้ว ยานี้ยังสามารถขัดขวางการแบ่งตัวของสายพันธุ์กรรมของไวรัสเอดส์ได้ด้วย ทำให้ปริมาณเชื้อเอดส์ในร่างกายลดลงอาจทำให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่นน้อยลง จึงอาจมีที่ใช้ในการรักษาคู่สามีภรรยาที่อีกฝ่ายหนึ่งยังไม่ติดเชื้อ บุคลากรทางการแพทย์ถูกเข็มหรือของมีคมที่เปื้อนเลือดเอดส์ต่ำ หรือให้กับแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ในช่วงก่อนคลอดหรือให้กับทารกหลังคลอดเพื่อดูว่าจะป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่ ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อ 20-30 % ลงได้หรือไม่ (ประพันธ์ ภาณุภาค 2535 1-3)

25 ยา d4T (Stavudine) เป็นยาที่รับประทานแล้วมีผลสะท้อนกลับ

(Adverse effects) ทำให้เป็นผื่นแดง ปากและทางเดินอาหารเป็นแผล คลื่นไส้ ท้องเดิน การอักเสบของตับ ปวดศีรษะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังนั้นจึงมักใช้ยานี้ในผู้ที่ทนต่อผลข้างเคียงของยาอื่นไม่ได้แล้ว

3 การเสริมภูมิคุ้มกันหรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายชนิดในกลุ่มนี้ เช่นวัคซีนในการป้องกันโรคเอดส์ ขณะนี้อยู่ในระหว่างทดลอง คาดว่าต้องใช้เวลาหลายปีจึงจะทราบว่าสำเร็จหรือไม่

4 การรักษาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การให้คำปรึกษาแนะนำ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ การรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงใช้ยาเสพติดในรายที่ติดยาตลอดจนถึงการให้การรักษาอาการทางจิตที่อาจเกิดขึ้นจากแรงกดดันหลาย ๆ ด้าน

ปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์

ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า โรคเอดส์เป็นภัยร้ายแรงและก่อปัญหามากมายแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านต่างๆดังต่อไปนี้

1 ปัญหาทางด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกนั้นแม้จะมีปฏิกิริยาเกิดขึ้นในร่างกาย แต่ยังคงไม่ปรากฏอาการให้เห็น ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลย ส่วนผู้ที่มีอาการลักษณะของโรคจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของแต่ละคน เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จะเกิดปัญหาจากการติดเชื้อต่างๆในระบบร่างกาย เชื้อที่ทำให้เกิดโรคมียหลายประเภท เช่นไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา เชื้อแต่ละชนิดมีผลต่อระบบต่างๆของร่างกายแตกต่างกัน บางระบบมีการติดเชื้อจากเชื้อโรคหลายชนิด เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งจะพบได้ทั้งแบคทีเรีย โปโตริชัว และเชื้อรา (ทรงพล ผุดผาด 2540 26) บางรายมีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารมีอาการถ่ายอุจจาระอย่างรุนแรง เกิดภาวะความไม่สมดุลย์ของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ซึ่งการติดเชื้อเหล่านี้อาจมีผลคุกคามต่อชีวิตและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสุขภาพเลวลง

2 ปัญหาทางด้านจิตใจ

นอกเหนือจากปัญหาทางด้านร่างกายดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ปัญหาอีกประการหนึ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่าด้านร่างกาย ก็คือปัญหาด้านจิตใจ เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและยังไม่มียารักษาให้หายขาดหรือป้องกันได้ และยังเป็นที่ยังเกียจของบุคคลรอบข้างและสังคมทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับผลกระทบด้านจิตใจสูง ซึ่งภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ละคนแตกต่างกันเมื่อผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าจะตนเองติดเชื้อเอชไอวี และประเมินการติดเชื้อว่าส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัวรุนแรง ก็จะเกิดความเครียดสูงตามไปด้วย ปัญหาดังเครียดด้านอารมณ์ จากความ

เจ็บป่วยทางกายที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายเห็นโรคที่สังคมรังเกียจ คนทั่วไปไม่กล้าติดต่อ ต้องถูกแยกออกจากสังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการโกรธ วิตกกังวล มีความรู้สึกกลัว ทั้งกลัวความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย กลัวสังคมทอดทิ้ง กลัวถูกแยกจากครอบครัวกลัวการรังเกียจ เนื่องจากความสามารถทางสังคมลง ทำหน้าที่การงานได้ลดลง เสียใจ หมดหวังและอาจคิดฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิต ต้องเอาใจใส่สุขภาพตนเองเป็นพิเศษ แต่ภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์ไม่ได้ยังคงที่เสมอไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการปรับตัวได้เมื่อระยะเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ซึ่งWHO(1993 18)ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองและการปรับตัวภายหลังจากการตรวจพบเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ว่า ปฏิกิริยาตอบสนองและการปรับตัวหลังการตรวจพบเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอดส์มีปฏิกิริยาดังนี้

- 1) ซ็อก สับสน ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรดี
- 2) ปฏิเสธ ไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์
- 3) โกรธ โกรธคนที่ทำให้ตนเองติดเชื้อ โทษผู้อื่นเกี่ยวกับการติดเชื้อของตน
- 4) ต่อรอง คิดเข้าข้างตนเองว่าอาจมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาลให้หายจากโรคได้ถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงอีก
- 5) กลัว กลัวความเจ็บปวด กลัวการสูญเสีย กลัวตาย
- 6) รู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนตัวคนเดียว
- 7) จมอยู่กับความคิดของตนเอง
- 8) ซึมเศร้าไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากไปไหน ไม่อยากรับประทานอาหาร
- 9) ยอมรับสภาวะการณ่ที่เกิดขึ้น เรียนรู้การดูแลตนเอง ลดพฤติกรรมที่แพร่เชื้อ
- 10) มีความหวัง หวังว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป หวังว่าอนาคตข้างหน้าโรคนี้จะสามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

3 ปัญหาด้านสังคม

ผู้ติดเชื้อมักมีกิจกรรมทางสังคมลดลง มักแยกตัวจากสังคม เพราะเป็นโรคที่สังคมรังเกียจการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าบุคคลอื่น มักแยกตัวอยู่คนเดียวไม่ต้องการมีกิจกรรมทางสังคม ในที่สุดจะทำให้ขาดการติดต่อจากสังคม กลายเป็นคนหมกมุ่นอยู่กับตนเอง ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตนเองลดลงหรือเสื่อมลง นอกจากนี้ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากความไม่แน่นอนของโรคในระยะต่างๆ ประกอบกับยาที่รักษามีราคาแพง และผลการรักษาก็ไม่สามารถคุ้มครองอาการให้หายขาดจากโรคได้ จะมีผลกระทบ ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียบทบาทในสมาชิกครอบครัวและสังคม ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ต้องหยุดหรือออกจากงานทำให้ครอบครัวขาดรายได้(ทิพย์ทยา หอมสมทรัพย์ 2537 25-26 อ้างอิงจาก Turnur and Williumson 1986)

4 ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

ภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลซึ่งมีการประสานสัมพันธ์กับมิติอื่นของบุคคลคือร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลที่ภาวะเบี่ยงเบนในมิติใดมิติหนึ่ง มักมีความเบี่ยงเบนทางมิติจิตวิญญาณร่วมด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและทางด้านจิตใจนั้น จะมีผลทำให้เกิดภาวะที่ได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณไม่เพียงพอ (spiritual need deficit) หรือขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรคในระยะต่างๆทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมก็จะทำให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณเช่นเดียวกัน เนื่องจากชีวิตต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน รู้สึกว่าความตายกำลังรออยู่ รู้สึกหมดหวัง ไม่สามารถแสวงหาเป้าหมายชีวิตที่ผาสุกได้

อาจกล่าวโดยรวมน่า โรคนเอ็ดส์ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอ็ดส์หลายคนต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการอ่อนเพลีย หายใจลำบาก ซึมเศร้า รับรู้ถึงความสูญเสีย การมีระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ จะต้องต่อสู้กับเชื้อโรคจากสิ่งแวดล้อมและจะต้องมีกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต ดังนั้นจึงต้องการการระมัดระวังรักษาสุขภาพประจำวันเป็นอย่างดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า (Phipps et al 1991 231) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอ็ดส์สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายปี และสามารถรักษาสุขภาพตลอดจนคงความสามารถต่างๆ ไว้ โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรคเอ็ดส์เต็มขั้นหรืออาจเป็นซ้าก็ได้ โดยลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อบำรุงรักษาสุขภาพและภูมิคุ้มกัน ตลอดจนลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยซึ่งอาจมีผลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอ็ดส์

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ ตามความหมายในพจนานุกรมของเวบสเตอร์ (กาญจนา สิมะจารึก 2538 22-28 อ้างอิงจาก New Webster 's Dictionary 1988) หมายถึง การแสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งอาจเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจง เป็นแนวคิดหรือความประทับใจ รวมทั้งการแสดงออกถึงความสามารถของสมองที่จะแปลความหมายหรือความเข้าใจ เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของต่าง ๆ ซึ่งนักวิชาการและนักจิตวิทยาท่านอื่น ๆ กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลสภาพทางจิตวิทยา ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลเป็นความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลต่าง ๆ ของสิ่งเร้าเหล่านั้นเข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่าง ๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบข้อมูลและมีกระบวนการจดจำและแปลความหมายของข้อมูลที่เกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็น ตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความนั้นซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจ และประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจาก

กระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกก็จะเป็นข้อมูลป้อนกลับ(Feed Back) สูกระบวนการรับรู้

กระบวนการรับรู้ที่ประกอบด้วยสิ่งสำคัญ 4 ประการ คือ

1 การสัมผัส หรือ อากาสัมผัสซึ่งผ่านทางประสาทสัมผัสของร่างกาย

2 ชนิดและธรรมชาติของสิ่งเร้า ซึ่งเป็นลักษณะของสิ่งเร้าประกอบด้วย ความเข้ม และขนาดของสิ่งเร้า (Intensity And Size) ความผิดแผก (Contrast) การซ้ำซ้ำ ๆ (Repetition) และการเคลื่อนไหว (Movement)

3 การแปลความจากอาการสัมผัส

4 การใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิมเพื่อแปลความหมายโดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) การคาดหวัง (Set of Expectancy) เจตคติและค่านิยม เป็นต้น เป็นตัวกลางกลั่นกรองและแปลความหมายของข้อมูลนั้น ทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้วมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ได้ตัดสินใจไป

กระบวนการรับรู้ของบุคคลเป็นกระบวนการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่ง สัมพันธ์กับความต่อเนื่องของกาลเวลาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่แวดล้อมรอบตัวบุคคล (หรรษา เทียนทอง 2536 36-37 อ้างอิงจากMc Ghie 1986) จะเห็นว่าการรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยอาศัยปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อีกเช่น ความปกติหรือ ความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลและที่สำคัญคือลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ สถิติปัญญา การเรียนรู้ สภาพอารมณ์ของบุคคล สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่กำหนดว่าบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการแสวงหาการดูแลสุขภาพตามความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม และสังคมที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่

ก่อนที่จะตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพบุคคลจะมีการรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าส่งผลกระทบต่อภาวะปกติสุขของตนเองอย่างไรหรือส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนหรือไม่ และให้ความหมายตามอาการต่าง ๆ เหล่านั้น ว่าเป็นโรคอะไร จากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตที่ตนเองได้รับมา หรือข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค และการรักษาจากคนรอบข้าง สอดคล้องกับของคิง (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2538 19-20 อ้างอิงจากKing 1981) ที่กล่าวว่าไว้ว่าบุคคลจะกระทำการใด ๆ เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยนั้นมีองค์ประกอบหลายประการ แต่งองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งคือ "การมอง" หรือ "การรับรู้" เกี่ยวกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยและผลกระทบของโรคมัยไข้เจ็บที่มีผลต่อตนเอง ถ้าความเจ็บป่วยนั้นผู้ป่วยรับรู้ว่ารุนแรงมาก ผู้ป่วยและครอบครัวจะเลือกแหล่งบริการที่คิดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด แต่ถ้ารับรู้ว่ามีอาการรุนแรงน้อย หรือเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ มักจะทำการรักษาตนเองโดยวิธีการที่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวรู้จักดี (เบญจวรรณ กำรวัชระ 2538 52-53 อ้างอิงจาก Young 1981)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการรับรู้ต่อสถานะและความรุนแรงของโรค คือรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่หนักแล้ว เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ เป็นแล้วเปลืองค่าใช้จ่าย และเป็นโรคที่น่างังเกียจ ซึ่งความน่างังเกียจนี้มีสาเหตุจากอาการของโรค และจากพฤติกรรมที่ไม่ดี เช่น สำส่อนทางเพศ เสพยาเสพติด

การรับรู้ต่อโรคเอดส์เป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันข่าวสารและเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ได้ถูกนำเสนอต่อประชาชน ไม่ว่าจะจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ทั้งเรื่องราวเหล่านั้นมุ่งป้องกันไม่ให้ประชาชนเป็นโรคร้าย แต่ก็ยังมีชาวที่นำเสนออยู่เรื่อยๆ ว่ามีสถานที่บางแห่งสามารถให้การรักษาที่หายขาดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ได้ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้นับว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์โดยผ่านกระบวนการทางด้านความคิด ซึ่งสมองตีความและแปลความหมายจากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวังแรงจูงใจและลักษณะสังคมวัฒนธรรม การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สามารถสรุป ได้ 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางที่ดี และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางไม่ดี ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ มีพฤติกรรมตามการรับรู้ นั้นๆ กล่าวคือ ผู้ที่มีการรับรู้ในทางที่ดีและถูกต้องจะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการรักษาอย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลต่อ ภาวะสุขภาพ ช่วยลดการดำเนินของโรค ทำให้ป่วยเป็นโรคเอดส์ช้าลง ช่วยยืดเวลา ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางไม่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ มีการดำเนินของโรคเร็วขึ้นและเสียชีวิตได้ง่ายขึ้น

การอยู่ร่วมกับเอดส์

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ไม่ว่าจะเป็นส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ หรือแม้แต่ครอบครัวและชุมชน บุคคลแรกที่ได้รับผลกระทบโดยตรงในการอยู่ร่วมกับเอดส์ก็คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เมื่อทราบว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี ปฏิกริยาแรกที่ทั้งแพทย์ พยาบาล หรือผู้ให้คำแนะนำปรึกษา มักพบคือปฏิกริยาทางจิตใจ โดยเริ่มจากอาการช็อค สับสน ทำอะไรไม่ถูก ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริงบางรายอาจมีอาการโกรธผู้ที่ทำให้ตนติดเชื้อ หรือแม้กระทั่งโกรธบุคลากรทางการแพทย์ บางรายมีความรู้สึกผิด บางรายมีความรู้สึกผิด เศร้า เสียใจ กลัว ช่วงเวลานี้นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับตัวของผู้ที่ทราบผลเลือดตัวเอง เพราะในรายที่มีเชื้อรุนแรงอาจปฏิเสธไม่รับรู้ใดๆทั้งสิ้น ในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บางรายจะมีความวิตกกังวลกับสภาพการการติดเชื้อของตนเอง ไม่ทราบว่าจะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างไร การตัดสินใจไม่ถูกว่าควรเปิดเผยสภาพการติดเชื้อนี้แก่สมาชิกในครอบครัวหรือไม่ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย

เอ็ดส์จำนวนมากจะรู้สึกโดดเดี่ยวที่ต้องเผชิญปัญหาภาวะวิกฤตินี้เพียงลำพัง บางรายมีความซึมเศร้าและเครียดมาก อาจถึงขั้นฆ่าตัวตายได้(ดวงสมร พันธเสน และคนอื่นๆ 2539 98-102) อย่างไรก็ตามก็ตีปฏิบัติการทางจิตใจเหล่านี้ไม่ได้คงอยู่ถาวร และมีได้ปรากฏครบทุกกระบวนการ แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการดำเนินชีวิตประจำวันและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง โดยเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งบางครั้งอาจกินเวลานานแต่บางครั้งอาจเป็นช่วงสั้นๆ ช่วงเวลานี้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์บางรายอาจเข้าสู่ภาวะการต่อต้านกับอำนาจเหนือธรรมชาติ บางรายอาจรู้สึกสงบลง มีความมั่นคงทางจิตใจ รวมทั้งยอมรับสภาพการติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากเริ่มสามารถปรับตัวได้ ประกอบกับมีการเผยแพร่วิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับยา และการรักษาใหม่ๆ ทำให้พวกเขามีความหวังที่จะหายจากโรคร้าย จึงพยายามแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง และความช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆรวมทั้งการประเมินผลดี ผลเสียของการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเองต่อสมาชิกในครอบครัว(สมมาตร พรหมภักดี 2537 22-27) เมื่อสมาชิกถูกดึงให้เข้ามารับรู้สภาพของการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ จะโดยการบอกกล่าวของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์เอง หรือจากการซักถามอาการจากบุคลากรทางการแพทย์ก็ตาม ปฏิกริยาที่สมาชิกในครอบครัวที่แสดงออกนั้น ก็ไม่แตกต่างไปจากปฏิกริยาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์มากนัก กล่าวคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็น พ่อแม่ คู่สมรส หรือพี่น้องของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ จะเกิดอาการช็อค ตกใจ ปฏิเสธ ร้องไห้ เสียใจ และสงสาร กลัวว่าจะถูกสังคมรังเกียจ บางรายอาจมีความรู้สึกโกรธ แต่มักให้อภัยใน ภายหลังและยอมรับว่าสมาชิกครอบครัวกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพที่รุนแรง บางครอบครัวอาจแสดงการต่อต้านทั้งกับบุคลากรทางการแพทย์และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายเพื่อให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอ็ดส์หายจากโรคร้าย ทางหนึ่งนั้นได้เกิดกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาในรูปแบบต่างๆขึ้นในครอบครัว อีกทางหนึ่งนั้นญาติพี่น้องก็จะคอยพุดปลอบใจ ให้กำลังใจให้คลายความวิตกกังวลพร้อมทั้งแสดงออกถึงความพร้อมความยินดีที่จะร่วมเผชิญชะตากรรมกับพวกเขาด้วยทัศนคติและความรู้สึกที่ดี(เสรี พงศ์พิศ 2538 17-23)ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเองให้ครอบครัวทราบ

นอกจากสมาชิกในบ้านจะมีการแสวงหาการรักษาพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์แล้ว ยังพบว่ามีการหาความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินชีวิตของสมาชิกทุกคนภายในบ้านให้เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยทั้งการสอบถามจากแพทย์ พยาบาล หน่วยงานเอกชนที่ให้คำปรึกษาแนะนำ หรือแม้กระทั่งสอบถามแลกเปลี่ยนความรู้กับครอบครัวผู้มีประสบการณ์ในเรื่องเดียวกัน ซึ่งในทางปฏิบัติจะพบว่าการอยู่ร่วมกับเอ็ดส์หรือการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์นั้น มิได้ต้องการการระมัดระวังป้องกัน หรือการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ที่มากมายอย่างไร การรักษาสุขภาพอนามัยของบ้านและของสมาชิกในครอบครัวธรรมดาๆ เพียงพอต่อการป้องกันเอ็ดส์ ทั้งนี้เพราะไวรัสเอชไอวีไม่สามารถติดต่อกันได้โดยผ่านทางน้ำลาย น้ำมูก น้ำตา เสมหะ น้ำนม เหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ หรืออาเจียน แม้ว่าจะมีการพบเชื้อในสาร

คัดหลังเหล่านี้ แต่ปริมาณไวรัสก็มีน้อยจนไม่มีความสำคัญในการแพร่ระบาดไปสู่ผู้อื่น และโอกาสที่ผู้อื่นจะรับสารเหล่านี้มีน้อยมาก ดังนั้นครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จึงได้รับคำแนะนำให้ไม่ต้องวิตกกังวลว่าการพูดคุย คลุกคลีกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะทำให้ติดเชื้อไปด้วย การรวมรับประทานอาหารกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สามารถทำได้โดยไม่ต้องแยกสำหรับอาหาร แต่ควรใช้ช้อนกลางเพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจากสมาชิกคนอื่นไปสู่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีได้มีบาดแผลก็ไม่จำเป็นต้องล้างมือ หรือสวมถุงมือ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ก็ไม่เป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ควรมีการทำ ความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งในการทำ ความสะอาดบ้านเรือน หรือทำความสะอาดทั่วไปก็ไม่จำเป็นต้องสวมถุงมือ นอกจากนี้การเปราะเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่ง สำหรับการซักล้างทำความสะอาดเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้น ก็สามารถซักร่วมกับสมาชิกในบ้านได้(ชวนชม สกนวัฒน์ และคนอื่นๆ 2538 25-27)

ในสวนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เอง ก็ไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติที่ยุ่ยากซับซ้อนแต่ประการใด ในการอยู่ร่วมกับเอดส์ และครอบครัวอย่างสันติสุข กล่าวคือ ในสวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับคำแนะนำว่าให้รักษาสุขภาพร่างกาย และจิตใจ การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารครบทุกหมู่ การงดเว้นสิ่งเสพติดต่างๆ เช่น เหล้า บุหรี่ ล้วนเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของตนเองให้ดีขึ้น ถ้ายังมีสุขภาพดี ก็สามารถทำงานได้ตามปกติ ปรึกษาแพทย์ทันทีเมื่อรู้สึกไม่สบาย นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ก็ได้รับคำแนะนำว่าควรแยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัวออกจากคนอื่น เช่น ที่โกนหนวด แปรงสีฟัน กรรไกรตัดเล็บ ที่แคะหู ผ้าเช็ดตัว รวมทั้งการงดบริจาคโลหิต อวัยวะ และน้ำอสุจิให้แก่ผู้อื่น เนื่องจากไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่ระบาดได้ทางโลหิตและสารคัดหลั่งต่างๆ อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่ควรเป็นเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สำหรับหญิงที่ติดเชื้อก็จะได้รับคำแนะนำว่าไม่ควรตั้งครรภ์ เนื่องจากเด็กในครรภ์มีโอกาสติดเชื้อ(ประพันธ์ ภานุภาค 2539 30-32)

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการแสดงที่บุคคลกระทำทั้งที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน(Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ การใช้ยา เป็นต้น รวมทั้งสิ่งที่สังเกตไม่ได้ ต้องอาศัยวิธีการประเมินอย่างอื่น เช่นภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้และการรับรู้ เป็นต้น(Gochman 1988 4)

พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ(ไพบุลย์ อ่อนมั่ง 2541 20-23)

1 กลุ่มพฤติกรรมสุขภาพในภาวะปกติ ประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติในขณะที่ร่างกายยังเป็นปกติอยู่ และต้องการให้สมบูรณ์มากขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมการป้องกัน (Preventive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในขณะที่ยังไม่มีอาการของความเจ็บป่วย โดยเชื่อว่าการกระทำนั้นสามารถดำรงสภาพความสมบูรณ์ไว้ได้แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

1.2.1 การป้องกันขั้นแรก (Primary Preventive Value) เป็นการกระทำทั่วไปในแต่ละวันซึ่งยังไม่มีอาการของปัญหาสุขภาพ โดยไม่ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าช่วย เช่นการนอนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การปฏิบัติตามกฎระเบียบ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา การงดดื่มสุราหรืองดสูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย การสวมหมวกนิรภัย การปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น

1.2.2 การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Preventive Value) เป็นการกระทำที่ต้องการประเมินสภาพตนเองก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อที่สามารถแก้ไขได้โดยเร็วที่สุดในขณะที่มีปัญหาน้อยที่สุด การกระทำนี้ต้องอาศัยเครื่องมือแพทย์เข้าช่วย เช่นการไปตรวจมะเร็งระยะแรก การตรวจโรคหัวใจ และการตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

2 พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกวาดตนเองเริ่มเจ็บป่วยหรือเกิดความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีการกระทำที่แตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายประการ เช่น ความเชื่อ ความสนใจ ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

3 พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยแล้ว พฤติกรรมเหล่านี้ได้แก่ การยอมรับการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ เป็นต้น เมื่อบุคคลเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว จะมีแนวทางในการรักษาแตกต่างกันตามมุมมองของบุคคลนั้น ร่วมกับความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม จะมีลักษณะการกระทำเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1 พฤติกรรมที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ มี 2 ลักษณะคือ

1.1 การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ เป็นต้น

1.2 การงดเว้นการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การงดอาหารที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

2 พฤติกรรมที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ

2.1 การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น

2.2 การงดเว้นการกระทำที่ทำให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่นการไม่ออกกำลังกาย การไม่ไปตรวจสุขภาพตามวาระ เป็นต้น

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และมีแนวทางการปฏิบัติที่แตกต่างกัน โดยมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 5 ประการดังนี้

1 องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคล ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ ความสนใจ การตั้งใจ การเรียนรู้ ค่านิยม และความสามารถ เป็นต้น

2 องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปลูกฝังพัฒนาแนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่เริ่มแรกของชีวิต ได้แก่ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เป็นต้น

3 องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับรายได้ และค่าใช้จ่ายของประชาชนและประเทศ ทั้งนี้เพราะความเพียงพอและความทั่วถึงของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้เงินเข้ามาเกี่ยวข้อง รวมไปถึงการรับบริการดังกล่าวของประชาชนก็ขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของประชาชนด้วยเช่นเดียวกัน

4 องค์ประกอบทางการศึกษา เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะความรู้จะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ หากมีความรู้มาก ก็จะมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องดีกว่าบุคคลที่มีความรู้น้อย

5 องค์ประกอบทางการเมือง เป็นองค์ประกอบที่มีผลทางอ้อม แต่มีความสำคัญมากเพราะการเมืองเป็นผู้กำหนดนโยบายทางการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งการเงินและบุคลากรด้วย

การดูแลสุขภาพของตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ

ผู้ติดเชื่อเอดส์เป็นผู้ที่มีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ((Health Deviation) โอเรม(สมจิต หนูเจริญกุล 2533 22-23 อ้างอิงจากOrem 1991 148-55) ได้แบ่งกิจกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ(Health Deviation Self Care Requisites) ไว้ 5 ประการ

1 การแสวงหาบริการสุขภาพ

ในกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะมีการยอมรับความผิดปกติและการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้บุคคลกลุ่มนี้มีการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ ยอมรับการวินิจฉัยและแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ถูกต้อง โดยการมารับการตรวจโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ ได้รับคำปรึกษาการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

2 การรับรู้และความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรง ตลอดจนอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนและพยาธิสภาพของโรคซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนเองและครอบครัวรวมทั้งบุคคลอื่นได้ ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรตระหนัก รับรู้ สนใจ ในพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นรับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ ยอมรับและลดพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเอง

3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันโรค

ผู้ป่วยควรยอมรับการวินิจฉัยโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มักยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นอย่างดี ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง อาจไม่ยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยอาจแสวงหาการรักษาตามความเชื่อของตน หรือไม่คิดที่จะดูแลตนเอง คิดว่าไม่หายต้องตายแน่นอน ท้อแท้สิ้นหวัง

4 การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มขึ้นหากปฏิบัติตามไม่ดี และผู้ที่ได้รับการรักษาจากยา อาจได้รับความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องมีความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของโรคและผลข้างเคียงของการรักษา

5 การยอมรับสภาวะสุขภาพ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันเมื่ออยู่บ้าน โดยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามความสามารถที่มีอยู่และพัฒนาภาวะการณปฏิบัติตัวเพื่อดำรงชีวิตต่อสภาพที่เกิดขึ้น

การติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้ติดเชื้อจะต้องปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นที่เกิดจากการติดเชื้อโรคเอชไอวี และดัดแปลงการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป ให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เพื่อที่จะรักษาโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่ปกติของร่างกาย ส่งเสริมพัฒนาการและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย แต่ด้วยการเป็นโรคที่มีปัญหาสุขภาพมากการดูแลสุขภาพตนเองเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี การใช้บริการตามแหล่งบริการสาธารณสุขจึงเป็นพฤติกรรมที่พบได้มากในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวี

พฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

พฤติกรรมกรรมการเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข

เจม ซี ยังก์ (Jame C Young 1981 497-507) ได้อธิบายพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคม เมื่อบุคคลเกิดมีอาการผิดปกติ หรืออาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมตัดสินใจเลือกแหล่งรักษาโดยอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยหรือตัวกำหนดสำคัญๆ 4 ประการ คือ

1 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Gravity or perceived seriousness of illness) เมื่อบุคคลป่วยบุคคลต้องมีการพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น และใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่ง/วิธีการรักษาใดๆ โดยการประเมินนั้นเป็นการเห็นพ้องต้องกันในหมู่ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงด้วย

2 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านหรือการเยียวยาตนเอง(Knowledge of Home Remedy) ตัวกำหนดอีกอย่างหนึ่ง ได้แก่ความรู้ของบุคคลในการรักษาในการรักษาตนเอง การเจ็บป่วยนั้นๆ ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการรักษาเยียวยาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน (ตามระบบของสามัญชน) ประกอบกับรู้ว่าอาการนั้นไม่มีระดับรุนแรง เขามักเลือกรักษาเยียวยาตนเองตามระบบของสามัญชน ถ้าเขาไม่รู้จักวิธีการรักษาเยียวยาตนเองหรือการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเองไม่ประสบความสำเร็จสำหรับเขาหรือญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านของเขาทั้งในอดีตและปัจจุบัน บุคคลมักเลือกใช้แหล่งการรักษาในระบบแพทย์ตะวันตก

3 ความเชื่อในผลของวิธีการรักษา (Faith or perceived benefit or taking action) ปัจจัยพื้นฐานสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ความเชื่อถือของบุคคลในผลของวิธีการรักษาต่างๆว่าสามารถทำให้หายขาด ซึ่งความเชื่อถือนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกของการรักษาที่แตกต่างกัน กล่าวคือถ้าบุคคลเกิดความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษาแบบพื้นบ้านหรือเยียวยาตนเองในการรักษาโรคใดโรคหนึ่งจะเป็นผลให้บุคคลเลือกที่จะเยียวยาตนเอง อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วการรักษาทางการแพทย์แบบตะวันตกมักได้รับการมองว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ขณะที่การรักษาตนเองถูกมองว่ามีประสิทธิภาพน้อยที่สุด

4 การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) องค์ประกอบอีกประการหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดทางเลือกของแหล่งบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในด้านต่างๆ อันได้แก่ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่าย และความเพียงพออยู่หรือหาได้ง่ายของบริการสาธารณสุขชนิดต่างๆ การมีเวลาพอ ความสะดวกในการเดินทางไปถึงแหล่งบริการ รวมทั้งไม่มีอุปสรรคเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

พฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การตัดสินใจเลือกแหล่งบริการรักษา เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ติดเชื้อให้ความระมัดระวังอันเนื่องมาจากความหวาดกลัว การเปิดเผยสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อ การไปรับการรักษาในสถาบันทางการแพทย์มักจะเลือกสถานที่ที่มั่นใจว่าไม่พบคนรู้จัก หรือไปรักษาในสถานบริการที่อยู่ต่างจังหวัด ซึ่งพบว่ามีความต้องการรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่สูง ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของการรักษา ยังไม่ได้ผลที่แน่นอน แหล่งบริการสุขภาพในระบบบริการสาธารณสุขที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ไปใช้บริการมีทั้งสถานอนามัยและโรงพยาบาล โดยพบว่าถ้าอาการมากส่วนใหญ่ไปใช้บริการของโรงพยาบาล ถ้าอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะไปหาเจ้าหน้าที่อนามัย หรือซื้อยากินเอง

ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความต้องการให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพและต้องการมีชีวิตยืนยาวออกไปนานที่สุด ส่วนใหญ่ต้องการแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นการรักษาสมัยใหม่ และบางส่วนรักษาพื้นบ้านในรูปแบบต่างๆ เพื่อขจัดความเจ็บไข้ เพื่อเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต การแสวงหารักษาในระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นพฤติกรรมที่พบอย่างแพร่หลายควบคู่กับการรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่ การแพทย์พื้นบ้านมีทั้งการใช้ยาสมุนไพรในรูปแบบต่างๆ และการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อโดยหมอพื้นบ้าน เพราะถือเป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งที่สามารถกระทำได้ และเป็นเพียงความหวังที่เหลือในขณะนั้น ซึ่งพบว่าแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพของพิมพ์วัลย์ บุญมงคลและคณะ(2541 97-99)มี 2 รูปแบบ คือ

- 1 รูปแบบพื้นปลา เป็นแบบแผนที่ผู้ติดเชื้อแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพไปเรื่อยๆ ทั้งสถานบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการสูงจนถึงต่ำ เช่น กรณีหมอเถื่อน เนื่องจากการรักษาในสถานบริการแต่ละแห่งไม่สามารถตอบสนองปัญหาสุขภาพให้หายขาดได้
- 2 รูปแบบเส้นตรง เป็นแบบแผนที่ผู้ป่วยหยุดการแสวงหาบริการไปยังแหล่งต่างๆ แต่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลในที่ที่พิจารณาว่าสามารถสนองความต้องการบริการสุขภาพได้

บริการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Home health care) เป็นวิธีบริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างหนึ่งซึ่งเป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มระดับการพึ่งตนเอง ลดภาวะความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตเพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ หรือถ้าตายก็ให้ตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี โดยจะให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้

ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนการให้บริการโดยอาศัยความร่วมมือ จากทีมสุขภาพทุกฝ่าย (Stanhope M and Lancaster J 1984 781)

โรบิน ไรซ์ (Robyn Rice 2001 13) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยบุคลากรทางการแพทย์ โดย อาศัยความร่วมมือกับครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการดูแลตนเองเกิดขึ้นด้วย

คีทิงและเคลแมน (Keating and Kelman 1988 3) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษทางการแพทย์ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นความต่อเนื่องเมื่อมีการส่งต่อให้อยู่ในความดูแลในชุมชน โดยให้บริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

กุลธิดา ไชยวรรณ และคณะ (2539 14) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึงการจัดบริการขึ้นที่บ้านของผู้ป่วย โดยสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครที่ผ่านการอบรม และ/หรือเจ้าหน้าที่ เพื่อตอบสนองทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยที่บริการต่างๆนี้อาจได้รับคำแนะนำจากกลไกการช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน และ/หรือจากบุคลากร

มุกดา สำนวนกลาง (2534 2) กล่าวว่าไว้ว่า การบริการสุขภาพที่บ้าน หมายถึงการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่บ้านหรือที่ผู้ป่วยอาศัย เน้นการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องผสมผสาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่งลักษณะการให้บริการสุขภาพที่บ้านดำเนินงานภายใต้ความรับผิดชอบของทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์โภชนาการ และบริการขั้นสูตโรค คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระ และดำรงชีวิตได้ตามปกติสุขให้ได้มากที่สุด

ประพิน วัฒนกิจ (2538 5) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ว่าเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกที่ใช้บ้านของประชาชนเป็นสถานบริการพยาบาล โดยทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย โดยมีเครือข่ายติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออันตราย

จุฬารัตน์ ศรีลิขิตานนท์ (2537 5) สรุปไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่ให้บริการต่อบุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัย ของประชาชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ลดภาวะพิการ และความเจ็บป่วย รวมถึงความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย บริการที่ให้จะตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จะต้องอาศัยการวางแผนและความร่วมมือจากทุกฝ่าย เพื่อดำรงไว้ซึ่งบริการที่มีคุณภาพและต่อเนื่องต่อไป

ลักษณะ จิตดีโพบูลย์ (2538 10) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านว่า หมายถึง การให้บริการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วย ปราศจากโรคแทรกซ้อนหรือประสบการณ์การเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเน้นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังหรือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย

วิลาวัณย์ เสนารักษ์ และประยงค์ ลีมิตรกุล (2538 1) กล่าวถึง การดูแลสุขภาพที่บ้านว่า เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้นหรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว ให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

บริการดูแลที่บ้าน เป็นการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อให้บริการตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐาน 4 ประการดังต่อไปนี้ (สุปราณี พันธุ์น้อย 2529 5)

1 การดูแลรักษาพยาบาล เป็นการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลทั้งด้านร่างกายจิตใจของบุคคลที่เจ็บป่วย โดยมีการตรวจร่างกายให้การรักษายาบาลเบื้องต้น และช่วยเหลือให้การดูแลรักษาพยาบาลตามอาการและอาการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันความพิการและการลุกลามของโรค ตามความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย มีทั้งการทำทดแทนให้ผู้ป่วยในรายที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แล้วจะค่อยๆ เปลี่ยนเป็นการสอนการให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เหมาะสมตามอัตรภาพรวมถึงการช่วยเหลือประทับประคองผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ

2 การป้องกันโรค เป็นการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลทั้งสุขภาพดี และเจ็บป่วยให้พ้นจากการเกิดโรค โดยให้ความรู้สอนวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย ช่วยเหลือและแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

3 การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบริการที่ช่วยให้บุคคลทั้งสุขภาพดี เจ็บป่วยและพิการให้มีสุขภาพดีขึ้น เช่นการแนะนำให้รับประทานอาหารที่ถูกสวนและมีประโยชน์ การแนะนำการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง การสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การออกกำลังกาย ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

4 การฟื้นฟูสภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เพื่อให้บุคคลดำรงภาวะปกติสุขภาพหลังการเจ็บป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม ถ้าต้องพิการก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุข สามารถไขว่คว้าที่เหลืออยู่เป็นประโยชน์มากที่สุด

นอกจากนี้ โคเซอร์และเอิร์บ (Kozier and Erb 1979) ได้ชี้ให้เห็นถึงบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล และครอบครัวในชุมชนนั้นประกอบด้วย

- 1 การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน
- 2 การให้ยาและการรักษาพยาบาล
- 3 การสังเกตการตอบสนองและการปรับตัวต่อการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย
- 4 การสอนและการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี
- 5 การนิเทศหรือการแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะฟื้นฟูสุขภาพ
- 6 การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่จะให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มีความรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง และยอมรับสภาพตนเองตามความเป็นจริง

ปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เขียนขึ้นเป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1796 โดยโฮสทสกายาบอสตัน (Boston Dispensary) มีความเชื่อหลักทั้ง 3 ประการคือ (จุฬารัตน์ ศรีลิขิต ดานนท์ 2537 35 1962 อ้างอิงจาก Markley Beuntuch)

- 1 ผู้ป่วยจะปราศจากความทุกข์จากการถูกแยกจากครอบครัว และความทุกข์ทั้งหลายจะลดลงได้ด้วยคามสนใจจากบุคคลในครอบครัวของเขาเอง
- 2 การเจ็บป่วยสามารถรักษาให้หายได้ที่บ้าน โดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาที่โรงพยาบาล
- 3 การที่ผู้ป่วยใช้เวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนาน ๆ จะทำให้รู้สึกน่าอับอาย และต่ำต้อย ส่วนผู้ป่วยที่จำหน่ายเร็วจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่า

วัตถุประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านมีวัตถุประสงค์ดังนี้ คือ (ประพิน วัฒนกิจ 2538 5 – 6)

- 1 ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยเหลือตนเอง มีอิสระในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยอย่างเต็มภาคภูมิ โดยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การเลือกปฏิบัติตน เมื่อเกิดโรคหรือให้ปลอดภัยจากโรค จากที่งานสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสุขภาพศึกษา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์
- 2 ฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยไม่รุนแรง และยังไม่ถึงขีดอันตรายให้ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยตนเองและครอบครัวภายใต้การดูแลช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสามารถติดต่อถึงกันได้ตลอดเวลา ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการเข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- 3 ฝึกและช่วยเหลือผู้ป่วยที่พิการ หรือมีโรคเรื้อรังที่อวัยวะบางส่วนสูญเสียหน้าที่ให้สามารถใช้อวัยวะส่วนที่เหลือให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง โดยฝึกทักษะการใช้งานจนสามารถช่วย

เหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ถึงพาดตนเองมากขึ้นและเป็นการลดภาระของครอบครัว

4 เพื่อช่วยให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไปโดยมีความรู้สึกว่ามีคนเป็นห่วง เอาใจใส่ รวมทั้งมีเพื่อนที่จะปรึกษาได้ตลอดเวลา

5 ลดจำนวนผู้ป่วย และลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

6 ลดอัตราการเกิดโรค และอัตราการตายของประชาชนในชุมชน จากการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสอนให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างถูกต้อง

ขอบเขตของการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Scope of Care)

โรวินสกี และซาสต็อคกี (Rovinski & Zastocki 1989 4) ได้กล่าวถึงขอบเขตของการบริการสุขภาพที่บ้านว่าเป็นบริการ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องการ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of care) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลรักษาและการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้อาหารทางลำไส้ ให้น้ำเกลือ ให้อาบน้ำช้อนให้เคมีบำบัด การล้างไต การใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน จะให้บริการทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผลของการบริการจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและเกิดความสะดวกสบายแก่ผู้รับบริการ

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และวรรณวิไล จันทราภาพ (2534 923) ได้ให้แนวคิดว่า การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลต้องอาศัยความเชื่อมั่นในตนเองสามารถตัดสินใจให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวตามขอบเขตของวิชาชีพ สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและการประสานระหว่างพยาบาลในโรงพยาบาลกับพยาบาลหน่วยงานบริการสุขภาพที่บ้าน ในการส่งต่อผู้ป่วยควรมีรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติของผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษาและแผนการดูแลต่อเนื่อง (Packard-Helle & Lancaster 1989 32 – 34) ซึ่งบริการสุขภาพที่บ้าน จะสามารถใช้ประโยชน์ จากแผนการจำหน่าย และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้องและเหมาะสม (Clemen-stone Eigsti & McGuirw 1987 287) ขอบเขตของการบริการมีการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จากประวัติการรักษา การตรวจร่างกาย การสังเกตสอบถามเพื่อค้นหาปัญหาทางสุขภาพ จะให้บริการเพื่อการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำและคำปรึกษา หรือให้สุศึกษาในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ให้ความร่วมมือและประสานงานกับทีมสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการ รวมถึงมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ

สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการที่ผสมผสานการบริการสุขภาพพื้นฐานทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพจะต้องมีการประเมินสภาพ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจและสังคม แหล่งทรัพยากรในชุมชน เพื่อสนองความต้องการผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสม มุ่งเน้นการช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้ โดยให้การช่วยเหลือทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ นิเทศ แก่ผู้ป่วยและญาติ มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และยอมรับสภาพของตนเองตามความเป็นจริง รวมถึงการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และความปลอดภัยต่อสุขภาพของผู้รับบริการ

แนวคิดพื้นฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบบริการดูแลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์โดยยึดหลักแนวคิดสำคัญ 2 ประการคือ (กุลธิดา ไชยวรรณ และคณะ 2539 14-15)

1 การจัดบริการเพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนประชาชนที่ติดเชื้อเอดส์เป็นบทบาทของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงาน และต้องมีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบและใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน หน่วยงานต่างๆครอบคลุมองค์กรทั้งภาครัฐและ เอกชนที่ต้องระดมกำลังแก้ไขปัญหาย่างเต็มที่ รวมถึงองค์กรในระดับชุมชนและครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์

2 ครอบครัวและชุมชนมีศักยภาพในการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ในทุกๆ ด้าน ถ้าหากได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะสถาบันครอบครัวคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับบุคคลที่จะเอื้อต่อการพัฒนาต่างๆ ของมนุษย์ รวมทั้งบุคคลส่วนใหญ่ต้องการได้รับการดูแลและอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวที่ตนรัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย

ลักษณะของบริการดูแล

ลักษณะของบริการดูแลเพื่อช่วยสนับสนุนผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์คือ

1 เป็นบริการที่ครอบคลุมปัญหาต่างๆครบถ้วน (Comprehensive Care) บริการต่างๆที่จัดขึ้น ควรจะมีความครอบคลุมปัญหาต่างๆทั้งหมด ซึ่งกิจกรรมจะประกอบด้วย

1.1 การดูแลทางการแพทย์ (Medical Care)

1.2 การสนับสนุนทางสังคมจิตวิทยา (Psychosocial support) เช่นการให้คำ

ปรึกษาทางการแพทย์และสังคม (Counselling) การให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ (Information / Education)

13 การสนับสนุนการดำรงชีวิตและบริการสังคมต่าง ๆ (Practical Support / Social Service) เช่นที่พัก อาหาร สันทนาการ ครอบครัวอุปการะ เป็นต้น

14 การช่วยเหลือทางกฎหมายและจริยธรรม (Legal and Ethical Service) เช่นการคุ้มครองทางสิทธิมนุษยชน (Protection of Human Rights)

2 เป็นบริการที่มีความต่อเนื่อง (Continuum Care)

เนื่องจากปัญหาที่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวประสบเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีความหลากหลาย ลำพังเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งคงไม่สามารถจัดบริการให้ความช่วยเหลือดูแลและแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุมทั้งหมด ดังนั้นการประสานงานและการส่งต่อจึงเป็นหลักสำคัญการหนึ่งในการจัดบริการดูแลเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ เพราะจะนำไปสู่การจัดบริการดูแลเพื่อให้ความจัดหาแหล่งทรัพยากรทางสังคมต่างๆ ที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้การจัดบริการดูแลช่วยเหลือเชื่อมโยงการดูแลไปถึงที่บ้านและชุมชน

ขั้นตอนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

รอร์ดนและทอฟท์ (Rorden and Taft 1990 235) เห็นว่าการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องและต้องกระทำติดต่อกันตลอดเวลา มีจุดมุ่งหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีขั้นตอนตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการปฏิบัติและในที่สุดก็จะมีการประเมินผล เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้

หัวใจในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เป็นการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย โดยมีขั้นตอนมาจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยระบบส่งต่อมายังหน่วยบริการสุขภาพที่บ้าน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายใช้หลักการปฏิบัติในแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาลดังนี้

1 การประเมินสภาพ เป็นการที่ทีมสุขภาพประเมินสภาวะสุขภาพ พฤติกรรมอนามัย โครงสร้างของครอบครัว สิ่งแวดล้อมเพื่อแยกแยะความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย

2 การวางแผนการพยาบาล เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว การวางแผนต้องยึดผู้ป่วยเป็นหลัก ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ให้ยึดผู้ให้การดูแลใกล้ชิดเป็นหลักแทน โดยเน้นเรื่องที่ต้องวางแผนร่วมกันดังนี้

21 ยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์

22 คงไว้ซึ่งสภาวะสุขอนามัยที่ดี ดูแลความสะอาดของร่างกาย

23 วางแผนดูแลเรื่องอาหารและน้ำ

24 วางแผนจัดการเรื่องลดการเจ็บป่วย

- 2 5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
- 2 6 วางแผนการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย
- 2 7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 2 8 วางแผนการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวให้เผชิญปัญหาในช่วงที่ผู้ป่วยมีภาวะรุนแรงหรือใกล้ตาย
- 2 9 วางแผนสอนผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถแยกแยะอาการที่ควรขอความช่วยเหลือหรือไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
- 2 10 วางแผนแนะนำแหล่งสนับสนุนในชุมชน

3 การปฏิบัติพยาบาล การให้คำแนะนำหรือดูแลโดยยึดหลักแนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของ ลูคัสโซ (Lawis R , Timby B K Fundamental 1988 4 อ้างอิงจาก Cucuzzo 1976) โดยใช้หลัก METHOD Discharge Planing อันประกอบด้วย

- M (Medication) หมายถึง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานรวมทั้งสรรพคุณ อาการข้างเคียง ขนาด วิธีใช้ ตลอดจน สังเกตตัวเองเมื่อยาออกฤทธิ์ต่อร่างกาย
- E (Economic) หมายถึง ปัญหาด้านเศรษฐกิจรวมถึงความต้องการช่วยเหลือจาก สวัสดิการต่างๆ
- T (Treatment) หมายถึง การรักษาพยาบาลที่ได้รับและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม
- H (Health) หมายถึง การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการป้องกันโรค การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ
- O (Out patien) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มสุขภาพจะต้องคำนึงถึงความจำเป็น หรือความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง การแก้ปัญหาผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
- D (Diet) หมายถึง การแนะนำในเรื่องอาหารน้ำดื่มต่างๆ ที่เหมาะสม กับสภาวะของโรค

4 การประเมินผล โดยการเยี่ยมบ้านเป็นระยะ เพื่อดูแลความก้าวหน้าและปรับแผนการดูแลให้ใหม่ตามความ

การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านอยู่บนพื้นฐานของการดูแลให้ครบถ้วนต่อเนื่อง เป็นประโยชน์แก่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวก็จริง แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับความยินยอมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นสำคัญ เนื่องจากผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จะต้องได้รับการเคารพและปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชน ที่จะล่วงละเมิดไม่ได้ และถึงแม้จะมีการตกลงบริการให้การดูแลที่บ้านเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือการตอบสนองของความจำเป็นและความต้องการทางสุขภาพที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อเอดส์

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ให้ความหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างไร และเงื่อนไขที่เป็นตัวกำหนดการยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ด้วยเหตุตั้งนั้นในส่วนของประเด็นที่สำคัญตามทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือประเด็นเรื่องความหมายและคุณลักษณะของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์และประเด็นเกี่ยวกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์กับการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่มีแนวทัศนะกว้างไกล โดยมีหลักสำคัญคือ จอร์จ เฮอร์เบอร์ต มิดซึ่งเป็นอาจารย์สอนวิชาปรัชญา ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นับว่าเป็นทฤษฎีที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาหลายคน ยอร์จ เฮอร์เบิร์ต มิด ได้เป็นผู้เสนอคำบรรยายเชิงวิชาการและพัฒนาทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์นี้ให้ชัดเจนขึ้น เรียกว่า การอธิบายจากการตีความ (interpretative explanation) เป็นการเน้นความสำคัญของการให้ความหมายในเชิงอัตวิสัย (subjective meaning) (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิ์พงษ์ 2530 1) แนวคิดนี้เห็นวามมนุษย์มีความเป็นอิสระที่จะเป็นผู้สร้างพฤติกรรม เป็นผู้ตีความหรือสร้างความหมาย ไม่ใช่เป็น ผู้ที่ตกอยู่ภายใต้การถูกบังคับแต่เพียงอย่างเดียว ด้วยเหตุตั้งนั้นการเรียนรู้ถึงความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล นำสังเกตด้วยว่าสัญลักษณ์เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลตอบสนองต่อสิ่งที่ถูกกระตุ้นจากบุคคลอื่น ถ้ามองจากความคิดในการตอบสนอง ทำให้มนุษย์มีแนวทางในการประพฤติปฏิบัติและการแสดงพฤติกรรมต่อมา

เมื่อเป็นเช่นนี้ ในแนวคิดของมิด (จิรพรรณ ไตรทิพจรัส 2540 42-43 อ้างอิงจาก Mead 1934) จึงกล่าวถึง การกระทำของปัจเจกบุคคล ว่าแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นจากความตั้งใจหรือเกิดจากความต้องการที่แท้จริงภายใน (individual intention) ซึ่งพัฒนาขึ้นเป็นตัวตนของตนเอง (self) เกิดจากพันธกรรมและลักษณะทางชีวภาพของคนแต่ละคน โดยลักษณะของความต้องการภายในนี้เป็นอุดมการณ์ จินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ และความเป็นอิสระซึ่งอาจแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องหรือขัดแย้งกับขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมนั้น ส่วนที่สอง เป็นการกระทำที่เกิดจากการควบคุมทางสังคม หรือการบังคับจากปัจจัยภายนอก (external constraints) นี่ก็คือการที่มนุษย์พัฒนาตัวตนส่วนนี้ขึ้นมาจากความรู้สึก หรือสายตาของผู้อื่น โดยการทำตัวตามบรรทัดฐานของสังคม ตัวตนส่วนนี้จึงเป็นตัวตนทางสังคม เป็นผลผลิตทางสังคม เป็นการทำตามสายตาผู้อื่นโดยอาศัยจิตช่วยคิด เป็นการที่

มนุษย์แสดงพฤติกรรม บทบาท หน้าที่ และสถานภาพทางสังคมออกมาตามความต้องการหรือตามความหวังของสังคม เป็นพฤติกรรมตามบรรทัดฐานทางสังคม

ต่อมา เฮอร์เบิร์ต บลูเมอร์ (สุเทพ สุนทรภัสส์ 2540 220-222 อ้างอิงจาก Herbert Blumer 1969 148 - 185) ศิษย์คนสำคัญของ ยอร์จ เฮอร์เบอร์ มีด ได้รวบรวมแนวคิด คำบรรยาย และข้อเขียนของมีดมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นข้อสรุปแนวคิดทั้งหมดในเชิงทฤษฎีอย่างชัดเจนในหนังสือเล่มสำคัญชื่อ Symbolic Interactionism Perspective and Method โดยทฤษฎีเน้นการศึกษาเรื่อง "ปฏิสัมพันธ์" และ "สัญลักษณ์" ระหว่างคนกับคน คนกับกลุ่ม คนกับสังคม และการปฏิบัติสัมพันธ์กันในสังคมเป็นภาพรวม ด้วยเหตุดังนั้นบลูเมอร์จึงให้คำจำกัดความของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ว่าเป็นทฤษฎีที่มีความหมายถึงข้อเท็จจริงที่ว่า มนุษย์ไม่เพียงแต่จะมีปฏิริยาต่อการกระทำของมนุษย์ด้วยกันและกันเท่านั้น แต่มนุษย์ยังมีการตีความหรือมีการให้ความหมายซึ่งกันและกันอีกด้วย ด้วยวิธีคิดเช่นนี้บลูเมอร์ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำระหว่างกันมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการตีความหรือการให้ความหมายไว้ว่าการที่จะเป็นเช่นนี้ได้จำเป็นต้องมีข้อเสนออันเป็นกรอบความคิดพื้นฐานรองรับสาระต่าง ๆ ของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์ 2530 1 - 2) ซึ่งสรุปได้ 3 ประการ คือ

1 มนุษย์กระทำการใด ๆ ต่อสิ่งต่าง ๆ บนพื้นฐานของการตีความ หรือการให้ความหมายต่อสิ่งเหล่านั้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้หมายรวมถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่มนุษย์อาจสังเกตได้ในโลก ได้แก่

1 1 สิ่งที่เป็นวัตถุซึ่งเป็นรูปธรรม เช่น ต้นไม้ แก้ว

1 2 สิ่งที่เป็นคน เช่น พ่อ แม่ เสมียน เพื่อน ศัตรู

1 3 สิ่งที่เป็นสถาบัน เช่น โรงเรียน รัฐบาล

1 4 สิ่งที่เป็นความคิดในเชิงอุดมการณ์ เช่น ความซื่อสัตย์ เสรีภาพ

1 5 สิ่งที่เป็นกิจกรรมต่าง ๆ เช่น คำสั่ง คำขอร้อง

1 6 สิ่งที่เป็นสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การเผชิญชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคล

2 ความหมายของสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ เกิดขึ้นจากการกระทำร่วมกันในสังคม หรืออุบัติขึ้นจากการกระทำร่วมกันที่บุคคลหนึ่งกระทำต่อบุคคลอื่น ซึ่งการกระทำนั้นเป็นผลจากการให้ความหมายและตีความตามสถานการณ์ที่พวกเขาได้ทำให้เกิดการกระทำนั้นขึ้น

3 ความหมายต่าง ๆ เหล่านี้ จะถูกถ่ายทอดและปรุงแต่งในกระบวนการแปลความหมายโดยบุคคลซึ่งเผชิญหน้าอยู่กับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้

ในแนวคิดของบลูเมอร์ (Blumer 1969 2 - 5) นั้น จะเห็นได้ว่าแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ตามทัศนะนี้ มองภาพรวมทั้งผู้กระทำ การกระทำ และความหมายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเขาได้อธิบายไว้ว่า การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เป็นกระบวนการในการตีความซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่หนึ่ง บุคคลจะเป็นผู้ชี้ให้ตนเองทราบถึงความหมายของการกระทำนั้น ๆ ถือเป็นกระบวนการทางสังคมภายใน หมายความว่าผู้กระทำมีการปฏิสัมพันธ์กับตนเองหรือมีกระบวนการสื่อสารกับตนเอง ขั้นตอนที่สอง การตีความจะเกิดขึ้นตามมาหลังจากมี

การปฏิสัมพันธ์กับตนเองเกิดขึ้นแล้ว เหตุตั้งนั้นการตีความจึงเป็นการจัดการกับความหมายด้วย ลักษณะและวิธีการต่าง ๆ ตามที่ผู้กระทำสามารถที่จะเลือกตรวจสอบ หรือหยุดการกระทำ หรือเปลี่ยนแปลงความหมายใหม่ให้เป็นไปตามสถานการณ์ที่ผู้กระทำกำลังเผชิญอยู่และเป็นผู้กำหนดทิศทางของการกระทำของตนให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองได้

แนวคิดเกี่ยวกับการกระทำระหว่างกันในทางสังคมนี้ นภภรณ์ หะวานนท์ (2540 2) ได้ยกตัวอย่างไว้ชัดเจนว่า เมื่อคนหนึ่งแสดงการกระทำ และการกระทำนั้นสามารถไปมีผลต่อความคิดหรือการกระทำของอีกคนหนึ่ง เราเรียกว่า มีการกระทำระหว่างกันทางสังคม (social interaction) เกิดขึ้น เช่น เมื่อคนหนึ่งยกมือไหว้คนอื่นคนหนึ่ง และอีกคนหนึ่งยกมือรับไหว้ ถือว่า มีการกระทำระหว่างกัน (interaction) เกิดขึ้น โดยในการไหว้นั้นผู้ไหว้อาจรู้ตัวว่าตนเองเป็นเด็กจึงยกมือไหว้ก่อน ส่วนผู้รับไหว้ก็เข้าใจว่าผู้ไหว้ ไหว้ด้วยความเคารพ ดังนั้น การยกมือไหว้จึงไม่เพียงแต่จะทำให้อีกฝ่ายหนึ่งรับไหว้เท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งผ่านความคิดในเรื่องการให้ความเคารพหรือให้เกียรติ โดยที่ผู้กระทำทั้งสองฝ่ายต่างเข้าใจถึงความหมายที่อยู่เบื้องหลังการกระทำนั้น ลักษณะนี้เรียกว่าเป็นการส่งผ่านความหมายที่เป็นสัญลักษณ์

กล่าวสำหรับส่วนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์คือ มโนทัศน์เรื่อง "อัตตะ" (self) (Bogdan and Biklen 1992 37) เพราะอัตตะเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวปัจเจกบุคคลเช่นเดียวกับความถือตนเป็นที่ตั้ง (ego) หรืออวัยวะที่จำเป็นอย่างอื่นภายในร่างกาย รวมทั้งแรงขับภายใน (motive) และบรรทัดฐานภายในหรือคุณค่าหรือค่านิยม (value) อัตตะ หมายถึงความคิดสร้างสรรค์ของคนที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คนพยายามมองตัวเองเช่นเดียวกับที่คนอื่นมอง เพื่อที่จะอธิบายท่าทางและการกระทำและเพื่อวางตัวตามบทบาทที่ผู้อื่นคาดหวัง ในระยะเวลาสั้น ๆ คนจะมองตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของการมองโดยบุคคลอื่น อัตตะจึงเป็นสิ่งที่ปัจเจกบุคคลสร้างขึ้นในมโนทัศน์ทางสังคม เหตุผลก็คือ แต่ละคนจะรับรู้ตัวเองและพัฒนาการตีความเข้าไปสู่กลไกของความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนั้นในส่วนของ พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์ (2530 2) ก็ได้กล่าวไว้ว่าสังคมมีลักษณะที่เป็นกระบวนการ (Processual) คือ เป็นพลวัตแห่งการปรับการกระทำเข้าหากันและกัน แต่ละคนกระทำตามวิถีทางที่เขาตีความกระทำของคนอื่น ๆ อัตตะก็อยู่ในรูปของกระบวนการเช่นกัน อัตตะ จึงหมายถึงกระบวนการสื่อสารดำเนินอยู่ตลอดเวลา เป็นพลวัตแห่งการบังคับให้กับตัวเองจากการสวมทศนะที่คนอื่นมีต่อตนเอง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า บุคคลทั้งหลายในสังคมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อบุคคลในการตีความตนเอง หรือกำหนดเอกลักษณ์ให้กับตนเอง หรือกำหนดแนวทางการกระทำของตนเองที่สอดคล้องกับการนิยามหรือการตีความดังกล่าว

จากกรณีเหล่านี้จึงกล่าวได้ว่า ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ "ปฏิสัมพันธ์ (interaciton)" กับ "สัญลักษณ์ (symbolic)" ทฤษฎีนี้มีฐานคิดที่สำคัญคือ มนุษย์ปฏิบัติต่อกันโดยอาศัยสัญลักษณ์ มนุษย์จึงสร้างสัญลักษณ์ขึ้นมาเพื่อประโยชน์ในการอยู่ร่วมกัน ฉะนั้นการทำความเข้าใจความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ใด ๆ จึงต้องอาศัยปฏิสัมพันธ์ทางสัญลักษณ์เป็นฐานคิดที่สำคัญ อย่างไรก็ตามเพื่อให้การใช้ประโยชน์ของสื่อสัญลักษณ์ที่มี

รูปแบบต่าง ๆ มีความสอดคล้องกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในสังคมและเป็นไปตามระเบียบบรรทัดฐานของสังคมนั้น ๆ บุคคลจึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยาสังคมที่สำคัญสองส่วนประกอบกัน ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ (learning process) และกระบวนการแปลความหมาย (interpretation process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีองค์ประกอบสองขั้นตอนเป็นลักษณะพื้นฐานคือ องค์ประกอบแรกผู้กระทำจะบ่งชี้ต่อตนเองให้ทราบว่าเขากำลังกระทำต่อสิ่งใด กล่าวคือเขาต้องบ่งชี้ให้ตนเองทราบถึงสิ่งที่มีความหมาย องค์ประกอบที่สอง จากผลของกระบวนการสื่อสารกับตนเอง จะเกิดการแปลความหมายขึ้นในลักษณะของการถ่ายทอดความหมาย โดยผู้กระทำจะคัดเลือก ตรวจสอบ จำแนก จัดกลุ่มและแปรผันความหมายต่าง ๆ ไปตามสถานการณ์ที่เขาเผชิญอยู่ในวิถีชีวิตของเขา ด้วยเหตุนี้การแปลความหมายจึงไม่ควรที่จะถูกพิจารณาว่าเป็นเพียงการนำเสนอความหมายที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ แต่ถือว่าเป็นกระบวนการที่มีการใช้และปรุงแต่ง เปลี่ยนแปลงความหมายต่าง ๆ ในฐานะที่เป็นสื่อชี้้นำการกระทำ

โดยแท้จริงแล้วการที่จะศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจและให้ความหมายของปรากฏการณ์ใด ๆ เช่น การยอมรับหรือปฏิเสธการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจำเป็นต้องทำความเข้าใจการปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยก่อนที่จะตัดสินใจยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะใช้สัญลักษณ์โดยมีกลไกการเรียนรู้และกลไกการตีความจากตัวเอง ร่วมกับประเมินสถานการณ์ และจากคนอื่น ๆ ที่รวมอยู่กับการปฏิสัมพันธ์ในขณะนั้น ดังนั้นการที่ทราบถึงการให้ความหมายนั้นจำเป็นต้องศึกษาอย่างลึกซึ้งถึงการรับรู้ร่วมกับกระบวนการให้ความหมายที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีให้ อีกทั้งการศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นการศึกษาที่มีความละเอียดอ่อน จึงจำเป็นต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของนักวิจัยที่มุ่งศึกษาปรากฏการณ์สังคมโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของปรากฏการณ์สังคมที่ต่างจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ การวิจัยเชิงคุณภาพ คือการแสวงหาความรู้โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิดความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อ

มูลเชิงปริมาณมักใช้เวลาในการนานในการติดตามระยะยาว โดยมีลักษณะสำคัญของงานวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้(สุภางค์ จันทวานิช 2543 2-37)

1 เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม การศึกษาปรากฏการณ์สังคมจะต้องกระทำโดยศึกษาปรากฏการณ์นั้นจากแง่มุม หรือแนวคิดทฤษฎีที่มีความหลากหลายมากกว่ายึดมั่นอันใดอันหนึ่งเป็นหลัก นอกจากนั้นยังต้องไม่พิจารณาปรากฏการณ์อย่างเป็นเสียงเดียว หรือดูเพียงด้านใดด้านหนึ่ง แต่ดูให้เห็นรูปภาพเต็มรูป ด้วยเหตุนี้การวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีตัวแปรศึกษาจำนวนมาก และเป็นสหวิทยาการ

2 เป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก เพื่อให้เข้าใจความเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์สังคมซึ่งมีความเป็นพลวัต การวิจัยมักกินเวลา เพื่อให้เห็นสภาพเปลี่ยนแปลงในระยะต่างๆ นอกจากนั้นก็จะเป็นการศึกษาเจาะลึกเช่นการศึกษาเฉพาะกรณี หรือการศึกษาเฉพาะบุคคล เพื่อให้ทำความเข้าใจได้อย่างลึกซึ้งและมองภาพได้จากหลายแง่มุม

3 ศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงศึกษาปรากฏการณ์ในสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง มักมีการวิจัยในสนาม (Field Research) ในการวิจัยคุณภาพจะไม่มีควบคุมและทดลองในห้องปฏิบัติการ เพราะจะทำให้ผู้วิจัยไม่เป็นปรากฏการณ์ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

4 คำนี้ถึงความสัมพันธ์ของผู้ถูกวิจัย ด้วยเหตุที่ศึกษาปรากฏการณ์สังคมเป็นการศึกษามนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงให้ความสำคัญและเคารพผู้ถูกวิจัยในฐานะที่เป็นเพื่อนมนุษย์ ดังนั้นจะเห็นได้จากการที่นักวิจัยคุณภาพจะเข้าไปสัมผัสคนเหล่านั้น สร้างความสนิทสนมและความไว้วางใจพยายามทำความเข้าใจคนเหล่านั้นแบบเอาใจเขามาใส่ใจเรา จนกระทั่งในที่สุดไม่มีการแบ่งเป็นเขาเป็นเรา พร้อมกันนั้นผู้วิจัยก็จะไม่นำข้อมูลของผู้ถูกวิจัยไปใช้ในทางที่ก่อความเสียหายแก่ผู้ถูกวิจัย ไม่ฝืนใจถ้าผู้ถูกวิจัยไม่เต็มใจหรือไม่ต้องการให้ความร่วมมือ นักวิจัยเชิงคุณภาพจะเข้าไปสัมผัสกับผู้ถูกวิจัยมากกว่าจะใช้เครื่องมือวิจัยอันใดเป็นสื่อกลาง

5 ใช้การพรรณนาและการวิเคราะห์แบบอุปนัย ในการศึกษาชุมชนหรือการศึกษาเฉพาะกรณี เพื่อให้เห็นภาพรวมในขั้นแรก นักวิจัยจะให้รายละเอียดเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชนหรือกรณีศึกษา ในลักษณะของการพรรณนา ส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ สภาพลมฟ้าอากาศ แบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ส่วนในการวิเคราะห์นักวิจัยเชิงคุณภาพจะให้วิธีการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย(Induction) วิธีการนี้คือการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อยๆ หลายๆกรณีมาสรุปเป็นข้อสรุปเชิงนามธรรมโดยพิจารณาจากลักษณะรวมที่พบ

6 เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึกนึกคิด จิตใจ ความหมาย นักวิจัยเชิงคุณภาพเชื่อว่าองค์ประกอบด้านจิตใจ ความคิดและความหมายคือสิ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรมมนุษย์และเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ที่แสดงออกมา จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ได้

สถานการณ์โรคเอดส์มีผลกระทบหลายด้านทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดกับผู้มีความประพฤติเบี่ยงเบนทางสังคม การทำความเข้าใจและเข้าถึงความจริง ความคิดและความหมายการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการศึกษาที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากต้องการศึกษาการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ในระดับลึกซึ่งถึงความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ อีกทั้งต้องการข้อมูลระดับลึกมาประกอบการตัดสินใจในการวางแผนในการปรับปรุงการให้บริการในอนาคต การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการแสวงหาความรู้ โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เนื้อหาความสำคัญของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวมโดยการมองจากหลายแง่มุม ซึ่งจะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึนึกคิด ความหมาย ค่านิยม หรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ รวมทั้งคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช 2539)

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการขั้นพื้นฐานที่จะนำผู้วิจัยไปพบกับปรากฏการณ์ที่เป็นจริง โดยเทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกข้อมูลที่พบเห็น การได้มาซึ่งความเป็นจริงหรือความหมายต้องมาจากทัศนะของผู้ที่ถูกศึกษา (Emic Perspective) ไม่ใช่ความเป็นจริงหรือความหมายในทัศนะของผู้ศึกษา (Etic perspective) แต่นักวิจัยเป็นผู้แปลความหมายจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ถูกศึกษา (Morse and Field 1996) โดยการเก็บข้อมูลที่ต้องการจากแหล่งข้อมูลบุคคลที่เลือกสรรแล้ว (Key Informant) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามเฉพาะคน ในเรื่องที่คุณอื่นไม่รู้ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) ร่วมกับการซักไซ้ (Probe) หมายถึงการซักถามที่ล้วงเอาส่วนที่ลึกของความคิดออกมา

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง กระบวนการที่นักวิจัยเข้าไปสัมผัสปรากฏการณ์ เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยจำแนกข้อมูลที่จะวิเคราะห์ตามความเหมาะสมกับข้อมูล จำแนกข้อมูลเป็นชนิดต่างๆ ตามประเภทและความสัมพันธ์กับแบบแผนที่นักวิจัยสังเกตเห็น และเปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) คือการใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ ให้มีความเป็นนามธรรมมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์โดยเฉพาะงานวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้นมีน้อยมาก สาเหตุเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ค่อยเปิดเผยตนเองหรือพูดถึงการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นในการทบทวนงานวิจัยจึงได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเป็นประเด็น ดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอดส์

งานวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาการเผชิญอันตรายของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเพศชายชอบเที่ยวที่มีการร่วมเพศแบบรักต่างเพศจำนวน 27 ราย ผู้หญิงโสเภณีและผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดจากศูนย์โรคเอดส์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 27 ราย และแม่บ้านที่เป็นภรรยาของผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย พบว่าครอบครัวโดยเฉพาะภรรยาและแม่เป็นบุคคลที่สนับสนุนทางจิตใจคอยกระตุ้นให้กำลังใจไม่ท้อแท้ ให้ต่อสู้กับโรค ไม่สิ้นหวังต่อชีวิต การให้คำปรึกษาแนะนำ (Counseling) บุคคลที่ทำหน้าที่ต้องมีทำที่นุ่มนวลอ่อนโยน รับฟังการระบายความทุกข์ในใจ เห็นอกเห็นใจ ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจหรือลงโทษผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสม ระบบการให้คำแนะนำต้องต่อเนื่องจึงจะได้ประโยชน์สูงสุด (สุธีรา สุนทรกุล 2534)

ส่วนการตอบสนองนั้น เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2536) ได้ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดทางภาคเหนือ ที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 13 คน โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าเมื่อรับรู้สภาพการติดเชื้อแล้วไม่ได้เลิกอาชีพทันทีแต่กลับมุ่งมั่นที่จะหาเงินให้มากที่สุด เพื่อบริหารจัดการหนี้ ปรกฏิกริยาที่ตอบสนองที่พบมากที่สุดคือการลี้ม ไม่นึกถึง หาลาเหตุผลมาสนับสนุนในสถานการณ์ทางสังคมที่ตีตราโรคเอดส์ ปฏิกิริยาตอบสนองที่ชัดเจนอีกประการหนึ่งคือการปกปิดฐานะการติดเชื้อ แต่การปกปิดไม่ได้เป็นพฤติกรรมถาวร จะมีการประเมินความคาดหวังต่อแรงสนับสนุนและผลเสียตลอดเวลา ซึ่งถ้าเห็นว่าจะได้รับแรงสนับสนุนมากกว่าจะเปิดเผยถึงการติดเชื้อ

อรุณรัตน์ วัฒนผลิน (2542) ศึกษาการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในครอบครัวไทย ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดสุรินทร์ โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบลึก เพื่อศึกษาการให้ความหมายของการยอมรับ พบว่า แม้ครอบครัวไทยในกรุงเทพมหานครและจังหวัดสุรินทร์ จะมีความแตกต่างทางโครงสร้าง เชื้อชาติ วัฒนธรรม สภาพเศรษฐกิจและสังคม แต่มีความแตกต่างไม่มากนักในเรื่องของการให้ความหมายและการปฏิบัติในการอยู่ร่วมกันกับเอดส์

เวทซ์ (Weitz 1989) รายงานการศึกษาเชิงคุณภาพในชายผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 23 ราย โดยการติดตามสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 23 ราย โดยการติดตามสัมภาษณ์ห่างกัน 4 - 6 เดือน พบว่า เมื่อเวลาผ่านไปและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกว้าวมืดมนทาง ทำให้หมดกำลังใจและไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรเพื่อตนเองอีกต่อไป รู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำไปนั้นไม่มีประโยชน์หรือไม่แน่ใจว่าจะมีประโยชน์ต่อไป แต่กับผู้ที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากนักจะมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป

บาร์เน็ต (ทรงพล ผุฒผาด 2540 34 , อ้างอิงมาจาก Barnett 1993) ได้ศึกษาความต้องการทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพในเรื่อง คำแนะนำและคำปรึกษา เพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม การลดปัจจัยเสี่ยงแหล่งประโยชน์ในชุมชน และหากมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ต้องการ

การดูแลด้านร่างกายเกี่ยวกับสุขวิทยาทั่วไป หรือการช่วยเหลือเพื่อปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง จากบุคคลที่สามารถอยู่กับเขาและให้การช่วยเหลือเขาได้มากกว่าบุคลากรในทีมสุขภาพ

แบร์ และเมเยอร์(จรียัตร์ คมพยัคฆ์ 2541 31, อ้างอิงมาจาก Beare and Myer 1989) ได้ศึกษาความต้องการทางด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้ติดเชื้อเอ็ดส์พบว่า ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์มีความต้องการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวอย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้รับความแนะนำ และความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้เขารู้สึกตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและเกิดความพึงพอใจ

อดิรัตน์ วัฒนไพลิน (2539 148) ได้ศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนของสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บริการหรือการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ มีอิทธิพลสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย การแสดงท่าทีเป็นมิตรไม่รังเกียจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ การปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ(2536) ทำการศึกษาผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ จำนวน 23 ราย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเป็นรายบุคคลซึ่งพอสรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อมีรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเอง คือ

- 1) การตั้งใจรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 2) ป้องกันโรคและความเจ็บป่วย โดยการป้องกันการรับเชื้อเอ็ดส์เพิ่ม เลิกเที่ยวโสเภณีงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ เลิกเที่ยวกลางคืน เลิกสูบบุหรี่ เลิกดื่มสุราและเลิกกินยาบ้า
- 3) เฝ้าระวังและตรวจสอบอาการของโรคเอ็ดส์ เช่นการคล้ำต่อมน้ำเหลือง การตรวจดูความผิดปกติตามตัวและผิวหนัง การชั่งน้ำหนักหรือการสังเกตอาการชืดผอม หรือสังเกตอาการไข้
- 4) การลดความเครียดโดยการฝึกสมาธิ หาสิ่งที่เพลิดเพลินทำ การไม่ปล่อยให้เวลาให้ว่างหรือระบายปัญหากับคนที่รู้ใจ
- 5) การลดความไม่แน่นอนใจโดยการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเอ็ดส์ และหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ไม่มีความรู้จริงซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น
- 6) การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เช่นการเปลี่ยนงานใหม่ หาเหตุผลที่จะต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป ทบทวนชีวิตว่าจะต้องทำอะไรบ้าง พยายามสร้างความหวังให้ตนเองอยู่เสมอ

อีกทั้งยังพบว่าทัศนคติของผู้ติดเชื้อที่มีต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหรือสถานบริการและต่อลักษณะบริการที่ได้รับจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่จะใช้บริการ นอกจากนี้ยังรับรู้วาระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเพียงพอสำหรับโรคเอดส์จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมดูแลรักษาตนเองโดยแสวงหาการรักษาการรักษาในรูปแบบอื่นๆ เช่นการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการใช้พิธีกรรมต่างๆ ตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองและครอบครัว

นภาพร คำปุย (2543 65) ได้ศึกษาความต้องการทางสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์โดยใช้เดลฟายเทคนิค พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลด้วยความเป็นกันเอง ไม่แสดงท่าทีรังเกียจขณะให้การรักษาพยาบาล รวมทั้งเป็นกำลังใจให้ตนต่อสู้กับสภาพทุกข์ทรมาน

ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ(2534) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษากับกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่นจำนวน 240 คน พบว่า การตัดสินใจดูแลตนเองของชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธารณสุข นอกจากนี้ยังพบว่า การตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ ความเชื่อในอำนาจตนเอง และความรับผิดชอบต่อตนเอง และพบว่าความเชื่อระบบการแพทย์พื้นบ้านมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เบญจพร แก้วมีศรี(2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 389 คน จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้รับบริการคือระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ความทั่วถึงของการบริการรักษาพยาบาล ความซับซ้อนของการรักษาพยาบาล ความสะดวกในการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการคือเพศ อายุ ขนาดครอบครัว และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2540 98) ได้ศึกษารูปแบบพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์มีความต้องการให้สามารถดำรงภาวะสุขภาพและต้องการมีชีวิตยืนยาวออกไปนานที่สุด ส่วนใหญ่ต้องการแหล่งบริการสุขภาพที่เป็นการรักษาสมัยใหม่ และการรักษาพื้นบ้านในรูปแบบต่างๆ เพื่อขจัดความเจ็บไข้ เพื่อเสริมสร้างความเป็นสิริมงคลให้กับชีวิต

จริยวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ (2541 149) ได้ศึกษาการรับรู้ ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความต้องการมากในเรื่องยาเพื่อการรักษาและการยอมรับจากบุคคลอื่น

สุทธิรัตน์ บุษดี(2544 23-166) ได้ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการ

สนทนากลุ่ม พบว่าลักษณะแบบแผนของพฤติกรรมการรักษา มี 7 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนการรักษาตนเองโดยตลอด การรักษาตนเองแล้วเปลี่ยนไปรักษาที่ระบบแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาโดยระบบการแพทย์พื้นบ้าน การรักษาด้วยระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาตนเองแล้วไปรักษาที่ระบบการแพทย์พื้นบ้าน การรักษาตนเองในขั้นตอนสุดท้าย และการรักษาผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันกับการแพทย์แผนพื้นบ้าน

ศิวาลัย สุภรต์เชตร (2544) ได้ศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการรักษาของประชาชนเมืองพัทยา โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบลึก ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดเจ็บป่วยผู้ตอบคำถาม มีวิธีตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการรักษาทั้งหมด 6 ขั้นตอนคือ

- 1) รับรู้อาการเจ็บป่วยโดยสังเกตจากลักษณะความเจ็บป่วย
- 2) มีการค้นหาข้อมูลจากภายในตนเองและจากบุคคลภายนอก
- 3) มีการพิจารณาและประเมินความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเอง และการบอกเล่าของผู้อื่น
- 4) กำหนดแนวทางการรักษาพยาบาลโดยใช้บริการทางการแพทย์วิชาชีพและ

ไม่ใช่

- 5) ตัดสินใจเลือกวิธีและแหล่งรักษาพยาบาลที่กำหนดใช้
- 6) ไปรักษาด้วยวิธีและแหล่งรักษาที่ตัดสินใจเลือก และกระบวนการเลือกจะ

เกิดขึ้นใหม่ หากวิธีและแหล่งรักษาเดิมไม่สามารถรักษาอาการให้ดีขึ้นหรือหายได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ขั้นตอนการตัดสินใจมี 2 รูปแบบคือ

- 1) ความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเล็กน้อย หรือปานกลาง การตัดสินใจเลือกใช้

แหล่งบริการจะครบทั้ง 6 ขั้นตอน

- 2) ความเจ็บป่วยที่มีระดับความรุนแรงมาก การตัดสินใจจะหายไป 2 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 2 และ 3

แอลแลน (Allan 1990) ได้รายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศ จำนวน 11 ราย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลและการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่า การดูแลตนเองเป็นวิธีแรกๆ ที่ผู้ติดเชื้อทุกคนใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

พอร์เตอร์และคณะ (Porter et al 1993) ศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการแสดงของโรคเอดส์จะไม่มีควมระมัดระวังสุขภาพของการติดเชื้อโรคเอดส์ก่อนได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์และมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน

เกียรติคุณ เผาทรงฤทธิ์ และจิราภรณ์ ยาขมภู (2543) ได้ศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและผู้ติดเชื้อมีอาการสวนใหญ่ยังมีความต้องการเพิ่มเติมในด้านสังคม-เศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเรื่องเงิน อาชีพและการศึกษาของบุตร ในด้านสุขภาพ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและผู้ติดเชื้อมีอาการต้องการการรักษาโรคเอชไอวีให้หายโดยเฉพาะระยะติดเชื้อไม่มีอาการ สำหรับผู้ติดเชื้อมีอาการต้องการให้ตรวจสุขภาพบ่อยขึ้น ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ

สวาท กรศิริลักษณ์ (2544) ได้ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในมิติของประชาชนในชุมชนและมิติของผู้ป่วยเอชไอวีเขตชายแดนภาคใต้ พบว่าในมิติของผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยเอชไอวีต้องการดูแลรักษาตัวอยู่ที่บ้าน เมื่อเจ็บป่วยอาการหนักจึงจะเข้ามารักษาในโรงพยาบาล และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชนคือ ประชาชนไม่ยอมรับผู้ป่วยเอชไอวี

กุลธิดา ไชยวรรณ และคณะ (2539) ได้ศึกษาการได้รับบริการการดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอชไอวีที่บ้านในจังหวัดลำปางพบว่า ร้อยละ 94.6 ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอชไอวี มีความต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐและเอกชน

มนัสสินธุ์ บุญยทรัพย์ (2536) ได้ศึกษาความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน พบว่าผู้รับบริการทั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีความต้องการบริการสุขภาพที่บ้านโดยรวมในระดับมาก

อดิษฐ์ ภูมิวิเศษ (2537) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้และการปฏิบัติตัวและแบบแบบสังเกต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลตัวเองก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังจากเยี่ยมบ้าน มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก

ทัศนีย์ สุวรรณเทพ (2545) ได้ศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้านในจังหวัดสงขลา โดยใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก โดยพยาบาลผู้ดูแลได้ให้ความหมายของการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน สอดคล้องกันใน 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นการดูแลที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนเป็นที่พึ่ง 2) เป็นการเพิ่มพลังใจ 3) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) เป็นการช่วยเหลือทางกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลที่บ้านมี 6 ประการ 1) ขาดยา 2) ขาดกำลังใจ 3) ขาดเจ้าหน้าที่ดูแลที่เข้าใจ 4) มีอาการแทรกซ้อนต้องดูแลต่อเนื่อง 5) การไม่ยอมรับของชุมชน 6) ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคเอชไอวีในการดูแลตนเอง สวนลักษณะกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยเอชไอวีมี 3 ลักษณะ 1) ไม่ได้ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ตามต้องการ 2) ไม่ได้ช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะเรื่องยาและเวชภัณฑ์ 3) ขาดการให้ความรู้เรื่องโรคเอชไอวีในชุมชน และปัจจัยที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน 3 ด้าน

สำคัญคือ 1) ปัจจัยผู้ให้บริการโดยเฉพาะพยาบาล ได้แก่คุณลักษณะของพยาบาลที่เอื้อต่อการดูแล ไม่ขาดการติดต่อ มีความผูกพันกับการดูแลผู้ป่วย มองเอดส์เป็นงานที่ทำด้วยความสามารถและมีเวลาให้เต็มที่ 2) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย การยอมรับและการเปิดเผยตัวเองของผู้ป่วย 3) ปัจจัยด้านทรัพยากรและหน่วยงาน ได้แก่การขาดการสนับสนุนยาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ต่างๆยานพาหนะ ขาดการสนับสนุนกำลังใจและขาดความร่วมมือจากผู้ร่วมงานและบุคลากรน้อย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาวิจัยการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษาอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการศึกษาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และกระบวนการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) มาใช้ในการศึกษาการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จากการตีความหมายในขั้นตอนต่างๆของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเป็นกระบวนการต่อเนื่องและมีปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการคิดอย่างต่อเนื่องโดยไม่คิดแยกส่วน ผู้วิจัยจำเป็นต้องกำหนดกรอบแนวคิดเป็นทิศทางสำหรับการศึกษาวิจัยเป็นขั้นตอนดังนี้

เริ่มต้นที่การศึกษาริบทพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจและให้คำอธิบายเงื่อนไขและความแตกต่างในการรับรู้และกระบวนการให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในขณะเดียวกันการศึกษาริบทพื้นที่ก็ยังไม่เป็นการเพียงพอที่จะทำให้ทราบถึงความแตกต่างของการรับรู้และกระบวนการให้ความหมายได้ จึงจำเป็นต้องศึกษาตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัยว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ใน การดูแลสุขภาพ แต่เนื่องจากทราบว่ายังไม่มีการรักษาให้หายขาดได้เหมือนโรคทั่วไป การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่สามารถแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาสุขภาพในกรณีไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล การวิจัยนี้สนใจที่จะศึกษาการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นอย่างไร กระบวนการให้ให้ความหมาย โดยใช้ประสบการณ์เงื่อนไขและบริบทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องประเมินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นอย่างไรเพื่อเลือกรับบริการอย่างไร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความนำ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการให้ความหมาย การยอมรับ ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการรับบริการดูแลที่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้สัมพันธ์โดยตรงกับ ลักษณะประชากร สังคม วัฒนธรรมเศรษฐกิจ การทำความเข้าใจและการให้ความหมายเกี่ยวกับการยอมรับเป็นเรื่องละเอียดอ่อน จึงจำเป็นต้องอาศัย การศึกษาและการทำความเข้าใจแบบองค์รวม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลตามธรรมชาติถึงการอธิบาย ความคิดหรือการให้ความหมายดังกล่าวตั้งนั้นระเบียบวิธีการศึกษาที่เลือกขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษา ครั้งนี้จึงเป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใคร่นำเสนอรายละเอียด ของวิธีการวิจัย สถานที่เก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลหลักวิธี เก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีทฤษฎีปฏิบัติสัมพันธ์สัญลักษณ์ในการศึกษา ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งของการวิจัย เชิงคุณภาพและผู้วิจัยได้แสดงเหตุผลในการเลือกวิธีการศึกษาดังกล่าวตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการแสวงหาความรู้ โดยการ พิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เนื้อหาความสำคัญ ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เน้นการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวมโดยการมองจาก หลายแง่มุม ซึ่งจะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด ความหมาย ค่านิยม หรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ รวมทั้งคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการขั้นพื้นฐานที่จะนำผู้วิจัยไปพบกับปรากฏการณ์ที่เป็นจริง โดยเทคนิคการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกข้อมูลที่พบเห็น และผู้วิจัยจะแปลความหมาย จากประสบการณ์ชีวิตของผู้ถูกศึกษา

สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่เก็บข้อมูลมีหลายบริบท ในเบื้องต้นสถานที่เก็บข้อมูลจะเป็นคลินิกผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวน ซึ่งเป็นสถานที่สำหรับติดต่อ เพื่อเลือกและเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลัก ในครั้งแรก ต่อจากนั้นสถานที่เก็บข้อมูลครั้งต่อไปเพื่อนัดพบและสัมภาษณ์จะขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในกรณีผู้ให้ข้อมูลหลักยอมรับการเยี่ยมบ้าน สวนใหญ่จะเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักพักอาศัยอยู่ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพที่ได้ศึกษาจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นบ้านของผู้ให้ข้อมูลหลักเองจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต้องเครียดเนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักคุ้นเคยเป็นอย่างดี ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลักที่ไม่ยินยอมเยี่ยมบ้านจะใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่สัมภาษณ์ โดยใช้ห้องให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลเป็นสถานที่สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเนื่องจากเป็นสถานที่ที่มิดชิดปราศจากผู้รบกวน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถพูดคุยได้อย่างสะดวกใจ โดยก่อนการสัมภาษณ์แต่ละคนจะมีการนัดหมายล่วงหน้าก่อนทุกครั้ง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key - Informants)

เกณฑ์การคัดเลือกจะเลือกเฉพาะผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเจาะจง (Purposive Selection) ซึ่งต้องเป็นผู้ยินยอมหรือสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) ได้แก่บุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ในเขตอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี อายุ 15 ปีขึ้นไป และยินยอมให้ข้อมูลหลักในการวิจัย จำนวน 18 คน โดยหากพบว่าถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักไม่สามารถตอบคำถามการสัมภาษณ์ได้ครบคลุมปัญหาการวิจัย ผู้วิจัยจะทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้สัมภาษณ์เพิ่มเติม จนได้คำตอบที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ แต่จากการดำเนินการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 18 คนสามารถให้ข้อมูลในการทำวิจัยได้อย่างครบถ้วน

2 บุคคลที่อยู่ร่วมกันบ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก เป็นบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ แจ้งผลการติดเชื้อให้ทราบ พบว่ามี จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้เป็นน้องสาว 1 คน เป็นบิดา 1 คน เป็นมารดา 1 คน เป็นบุตรสาว 1 คน

3 บุคคลที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกเป็นบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ จำนวน 3 คน

ซึ่งการเลือกผู้สัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มผู้วิจัยจะเลือกผู้ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องคุณลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความแตกต่างและกว้างขวางมากขึ้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview)

การใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สามารถได้คำตอบด้านคุณค่าหรือการให้ความหมายที่วิธีการใช้แบบสอบถามไม่สามารถนำมาซึ่งคำตอบได้ อีกทั้งคุณลักษณะของประชากรส่วนใหญ่ในการวิจัยครั้งนี้มีความรู้ในระดับชั้นประถมศึกษา การอ่านข้อคำถามจากแบบสอบถามจะเป็นการไม่เหมาะสมกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

2 การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ

3 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้จากการศึกษา จากเอกสาร บันทึกการเจ็บป่วยในโรงพยาบาล บันทึกการดูแลการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่พักอาศัย อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่รับรู้การติดเชื้อ การดำเนินชีวิตก่อนการติดเชื้อสาเหตุในการติดเชื้อ ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี บทบาทในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดหรือผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ บุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ แจ้งผลการติดเชื้อให้ทราบเป็นคนแรก และแนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้และให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน

2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลคนอื่น ๆ

3) เป็นบันทึกภาคสนามจากการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นบันทึกที่กระทำหลังจากกลับจากการเยี่ยมบ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยจะถอดเทป และบันทึกทันที ซึ่งใช้เวลา 6-8 ชั่วโมง ต่อข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก 1 คน

4) กล้องถ่ายภาพ และเทปบันทึกเสียง

กระบวนการวิจัย

การลงพื้นที่วิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้คลินิกโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน และบ้านพักอาศัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ เป็นสถานที่ศึกษา โดยผู้วิจัยเองเป็นพยาบาลที่อยู่ในทีมการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาล

การเข้าถึงข้อมูล

เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอพนมทวน และเป็นคณะทำงานเอดส์ของโรงพยาบาลเจ้าคุณพิบูลย์พนมทวนมาระยะเวลา 4 ปีโดยทำหน้าที่เป็นพยาบาลให้คำปรึกษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกือบทั้งหมดเคยได้รับการปรึกษากับผู้วิจัย เกี่ยวกับโรคและสุขภาพอนามัย ตลอดจนปัญหาอื่นเช่นด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งผู้วิจัยเองเคยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกส่งต่อบริการในรายที่มีปัญหาเช่นปัญหาค่าใช้จ่ายโดยดำเนินการส่งประชาสัมพันธ์จังหวัดให้ อีกทั้งมีความสนิทสนมและคุ้นเคยกันเนื่องจากผู้วิจัยพยาบาลประจำคลินิกโรคเอดส์ และเป็นผู้ประสานงานกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสามารถประหยัดเวลาในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ในเวลารวดเร็ว โดยขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

- 1 คัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามคุณลักษณะที่ต้องการจากประวัติทะเบียน
- 2 ผู้วิจัยได้ชักชวนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์เรื่องความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ให้ทราบก่อน
- 3 แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ให้ข้อมูลหลักว่า "ผู้วิจัยมาทำวิจัยเรื่องการรับรู้ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นการรับรู้และให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ เหตุผลของการยอมรับ และไม่ยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ
- 4 สอบถามถึงความสมัครใจและยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย
- 5 ทำความตกลงและนัดหมายสัมภาษณ์ ผู้ที่ไม่ได้รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะนัดหมายการสัมภาษณ์ที่โรงพยาบาล ผู้ที่รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้วจะนัดหมายการสัมภาษณ์ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In - Depth Interview)

ผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายได้รับการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ในการสัมภาษณ์มีการบันทึกเทปคำสัมภาษณ์และถอดเทป นำข้อมูลที่ได้อามาจำแนกและจัดกลุ่มข้อมูล ใส่รหัสกำกับไว้กระทั่งไม่พบข้อมูลแปลกใหม่หรือข้อมูลที่โต้แย้งแตกต่าง มีความซ้ำกัน จึงได้หยุดสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เวลาในการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 6 เดือน

การสัมภาษณ์เชิงลึกหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักในเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักทราบแล้วว่าผู้วิจัยเป็นพยาบาลผู้ให้ข้อมูลหลักมักจะซักถามในประเด็นต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรักษาที่ก้าวหน้า โอกาสที่จะหาย

ขาดจากโรคนี้การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการต่าง ๆ เกิดขึ้น ข้อคำถามต่าง ๆ เหล่านี้ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ซักถามพร้อมทั้งอธิบาย แนะนำ ให้คำปรึกษาไปพร้อม ๆ กันในระหว่างการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นภาครตีพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการสนองตอบในสิ่งที่ ตนเองอยากรู้ ผู้วิจัยเองก็ได้ประโยชน์จากข้อคำถามนั้น ๆ เช่น ผู้ให้ข้อมูลหลักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการต่าง ๆ ทำให้ผู้วิจัยรู้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีอาการการเจ็บป่วยอะไรเกิดขึ้นบ้าง และดูแลรักษาอย่างไรก่อนที่จะให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการนำเข้าสู่แนวทางการสัมภาษณ์ได้เร็วขึ้น

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยได้นำทักษะต่าง ๆ มาประยุกต์รวมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อทั้งผู้วิจัยเองที่จะต้องสานสัมพันธ์ภาพให้ต่อเนื่องและเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์ มักมีเรื่องที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจอยู่ตลอดเวลา รายละเอียดทักษะต่าง ๆ มีดังนี้

1) ทักษะการฟัง

ผู้วิจัยจะใช้ทักษะการฟัง เป็นการฟังอย่างใส่ใจ คือตั้งใจฟังต่อเนื้อหาสาระและอารมณ์ของ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่แสดงออกมา (แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนองร่วมด้วย) ซักถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการวิจัย และแกะรอยตามประเด็นปัญหานั้น ซึ่งการที่ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังร่วมในขณะให้การสัมภาษณ์เชิงลึกนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยที่ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปัญหา ได้เข้าใจตนเองและสามารถแยกแยะความรู้สึกทั้งทางบวกและลบของตนเองได้

2) ทักษะการถาม

ผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนจะมีลักษณะที่พูดน้อยด้วยประโยคสั้น ๆ ไม่อธิบายเพิ่มเติม ผู้วิจัยต้องใช้ทักษะการถามที่เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งลักษณะคำถามที่ใช้มักมีคำว่า อะไร อย่างไร เพราะอะไร และทำไม จะกระตุ้นผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายหรือให้เหตุผลได้มากขึ้น เช่น

ผู้วิจัย " คุณทราบเรื่องการให้บริการดูแลสุขภาพหรือไม่ ลองเล่าให้ฟังหน่อย "

ในการใช้ทักษะการถามผู้วิจัยระมัดระวังในการใช้คำถามที่ว่า "ทำไม" ผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงคำถามที่เป็นการคาดคั้น คำหั้น หรือทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองทำความผิดหรือเป็นคำถามที่กระทบกระเทือนความรู้สึก เพราะจะทำให้กระทบกระเทือนสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลักได้ โดยคำถามนั้นจะไม่ทำให้รู้สึกว่าเป็นคำถามที่คาดคั้น เช่น คำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยหลีกเลี่ยง "ทำไมถึงไม่รับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน " ผู้วิจัยใช้คำถามว่า " คิดอย่างไรจะกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน "

ผู้วิจัยสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดนี้ทำให้ได้ข้อมูลระดับลึกและใช้เมื่อต้องการเนื้อหาข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบกระจ่างขึ้นและเพื่อติดตามเรื่องในเชิงลำดับเหตุการณ์ปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการตรวจสอบความเข้าใจให้ถูกต้องตรงกัน

3) ทักษะการสังเกต

เป็นทักษะที่ผู้วิจัยใช้การมองด้วยตา และรับฟังด้วยหู เพื่อรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลัก แสดงออกมาทั้ง Verbal และ Nonverbal และแปลความหมายเหล่านั้นซึ่งบางครั้งพบความสับสนในความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา ผู้วิจัยจะใช้คำถามกลับทันทีเพื่อให้เกิดความถูกต้องในข้อมูลที่ได้ เพราะสังเกตพบว่ามี ความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับสีหน้าเช่นพูดว่าญาติไม่รังเกียจแต่สีหน้าเศร้าอย่างเห็นได้ชัด

2 การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ

ผู้ให้ข้อมูลหลักระบุถึงบุคคลอื่นว่า รับทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อ เนื่องจากพบเห็นการมาเยี่ยมผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยก็จะมีการสัมภาษณ์คนในชุมชน เกี่ยวกับการทราบว่าใครเป็นโรคเอดส์จากการที่เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมหรือไม่ และสัมภาษณ์ญาติที่ผู้ป่วยระบุถึงว่ามีความรังเกียจและไม่พอใจที่ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์เอดส์

กระบวนการตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูล

1 การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลนั้นผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มั่นใจในความเชื่อถือได้ของข้อมูลเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและเพื่อประเมินผลข้อมูลจริงตามระดับที่วิเคราะห์และตอบคำถามการวิจัยได้ ผู้วิจัยยึดหลักการตรวจสอบข้อมูลโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การตรวจสอบด้านข้อมูล เป็นวิธีการยืนยันข้อมูลจากบุคคลได้มีการสัมภาษณ์ เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ จำนวน 18 คน โดยใช้คำถามที่คล้ายคลึงกันแต่เวลาและสถานที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักจะถูกตรวจสอบเบื้องต้นตั้งแต่ขณะที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์อยู่ โดยผู้วิจัยจะใช้คำถามสรุปความเป็นระยะๆ และคำถามที่ให้อธิบายถึงความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันของเหตุการณ์หรือข้อมูลต่างๆ คำตอบที่ได้จะเชื่อมโยงถึงเหตุผลที่กระทำ และนำข้อมูลที่ได้ไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลหลักรายอื่น ๆต่อไปจนกระทั่งข้อมูลไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั่วไป เช่น ญาติพี่น้อง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากบุคลากรที่เกี่ยวข้องเอกสาร ทะเบียน ประวัติต่างๆ

2) การตรวจสอบและรับรองความถูกต้องโดยผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยัน ผู้ให้ข้อมูลหลักยืนยันข้อมูลครั้งแรกขณะอยู่ในกระบวนการถูกสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยใช้ทักษะการสรุปความเป็นระยะ ๆ และผู้ให้ข้อมูลหลักจะรับรองความถูกต้องอีกครั้ง

3) ความน่าเชื่อถือที่เกิดจากตัวผู้วิจัย ว่าศึกษาและทบทวนข้อมูลได้ถูกต้องตามความเป็นจริง ผู้วิจัยซึ่งเปรียบเสมือนเครื่องมืออีกอย่างหนึ่ง ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาทักษะการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องนักวิจัยเพื่อท้องถิ่น โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว)

จำนวน 3 วัน และในการทำวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้รับการแนะนำจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์อย่างใกล้ชิด

4) ความน่าเชื่อถือที่เกิดจากการวิเคราะห์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาจำแนกและ จัดกลุ่มข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำมาอธิบายความหมายหรือ ตีความหมายให้มีความชัดเจน

2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก และใช้ข้อมูลเชิงปริมาณอธิบายประกอบ โดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของสรณ กุศล (2548) ดังนี้

1) การจัดรูปข้อมูล

ข้อมูลที่มีอยู่ในการจัดบันทึกทั้งหลาย จะต้องนำมาเขียนขยายเพิ่มเติมให้ได้ใจความและมีรายละเอียดครบถ้วน (สการบันทึกเสียงการสนทนาการสัมภาษณ์ หรือการบันทึกภาพหรือเสียงเหตุการณ์โดยตรงจะต้องนำมาจัดรูปใหม่เป็นเอกสารหนังสือ(text)โดยเว้นที่ว่างไว้ด้านซ้ายหรือด้านขวาประมาณครึ่งหน้าเพื่อเอาไว้ใช้ในการอ้างอิงข้อมูล(reference) การเขียนรหัส(coding) การบันทึกเชิงวิเคราะห์(analytic notes) การบันทึกเชิงทฤษฎี(memoning) จากนั้นจึงใส่ข้อมูลอ้างอิงไว้ด้านมุมบนซ้าย(หรือขวา)ทุกหน้า เช่น บอกลักษณะข้อมูลว่าเป็นข้อมูลการสัมภาษณ์หรือข้อมูลการสังเกตกับใคร ที่ไหน เมื่อใด เป็นต้น

2) การอ่านทาน(reread) ข้อมูลทั้งหมดและการเขียนบันทึกต่าง ๆ

ก่อนที่จะเริ่มต้นวิเคราะห์ข้อมูล จำเป็นต้องอ่านทาน(reread) ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาแต่ต้นทั้งหมดอย่างละเอียดรวมทั้งบันทึกต่าง ๆ ในสมุดบันทึกเพื่อให้คุ้นเคยกับข้อมูลและความคิดเห็นเหล่านั้น การอ่านในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไม่ใช่เพียงการอ่านเฉยๆ(passive) แต่อ่านเพื่อความเข้าใจ(comprehensive) แต่ทำความเข้าใจ(intelligible) ไม่ใช่เป้าหมายอย่างเดียวอีกทั้งไม่ใช่เป้าหมายหลักของการอ่าน จุดประสงค์ของการอ่านข้อมูลก็เพื่อที่จะปูพื้นฐานไว้สำหรับการวิเคราะห์ต่อไป

3) การร่างสรุปข้อมูล

การร่างสรุปหรือการสรุปขั้นต้น(Interim summary) ทบทวนข้อค้นพบพิจารณาความหมายของข้อมูลที่น่ามาสนับสนุนอย่างรอบคอบและเป็นกำหนดการ(agenda) สำหรับการไปเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป การวางแผนและแผนการวิเคราะห์ในคราวต่อไป

4) การสร้างรหัสข้อมูล

การลงรหัส(coding) การทำดัชนี(indexing) หรือการจัดประเภท(categorizing)เป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยปกตินักวิจัยจะเขียนรหัสแนบไว้กับข้อความท่อนหนึ่งขนาดไหนก็ได้ คือ อาจจะเป็นคำ วลี ประโยค หรือทั้งย่อหน้า รหัสไว้เป็น 3 ชนิดคือ 1) รหัสเชิงบรรยาย(descriptive codes) ได้แก่ รหัสที่บ่งบอกว่าข้อความท่อนหนึ่งแสดงถึงลักษณะของกลุ่มปรากฏการณ์อย่างหนึ่งซึ่งใช้การตีความเพียงเล็กน้อย 2) รหัสเชิงตีความ(interpretive codes) ได้แก่รหัสซึ่งต้องใช้การตีความมาก

ขึ้นซึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยมีความเข้าใจและรู้เรื่องราวของสิ่งที่ศึกษา จนสามารถถอดรหัสที่มีลักษณะครอบคลุมมากขึ้น 3) รหัสแบบแผน(pattern codes) ได้แก่รหัสที่มีลักษณะอธิบายหรืออ้างอิงได้มากขึ้น

5) การจัดแสดงข้อมูล

การจัดแสดงข้อมูลได้แก่ การรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบซึ่งช่วยในการสร้างข้อสรุปและนำไปใช้ปฏิบัติได้ การจัดแสดงข้อมูลอาจทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น ตาราง กราฟ แผนภูมิ โครงสร้างเครือข่าย เพื่อที่นักวิเคราะห์จะสามารถเห็นได้ว่ากำลังเกิดอะไรขึ้นและจะสร้างข้อสรุปที่มีเหตุผลหรือเข้าสู่การวิเคราะห์ขั้นต่อไปที่ข้อมูลที่จัดแสดงซึ่งน่าจะอาจจะเป็นประโยชน์

6) การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล

เมื่อจัดประเภทข้อมูลได้แล้วนักวิจัยจะตรวจสอบความเป็นกฎเกณฑ์ความแตกต่างและความเป็นลักษณะเฉพาะในข้อมูลเหล่านั้น จากนั้นจึงพิจารณาว่ามันจะมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

7) การแปลความหมาย(interpretation)

การแปลความหมาย ก็คือ การค้นหาความหมายจากข้อมูลลักษณะเดียวกับ การแปลความหมายก็เพื่อทำให้การกระทำนั้นมีความหมายต่อผู้อื่น

3 การสร้างข้อสรุป

การสร้างข้อสรุปเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ข้อมูล วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ ก็คือข้อสรุป ข้อสรุปสุดท้ายจะยังไม่ปรากฏจนกว่าจะเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยตลอดขั้นตอนของการทำวิจัย ผู้วิจัยต้องขออนุญาตและได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักก่อน ข้อมูลที่ได้เป็นความลับไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล การบันทึกเทป การถ่ายภาพผู้วิจัยจะขออนุญาตก่อน

บทที่ 4

บริบทพื้นที่และประชากรที่ศึกษา

สภาพทั่วไปของอำเภอพนมทวน

สถานที่ตั้ง

อำเภอพนมทวนเป็นอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม เพาะปลูกพืชไร่ และทำนาข้าว มีที่ราบสูงและภูเขาบางส่วน มีเนื้อที่ประมาณ 535 78 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดกาญจนบุรี ระยะทางอยู่ห่างจากจังหวัดกาญจนบุรีประมาณ 24 กิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอด่านช้างและอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอสองพี่น้องและอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

จากอาณาเขตติดต่อกับจะพบได้ว่าอำเภอพนมทวนมีระยะห่างไม่ไกลนักจากอำเภอเมือง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางรายเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดในบางครั้ง

สภาพการเมืองการปกครอง

ประชากรทั้งสิ้น 53,283 คน เป็นชาย 26,085 คน เป็นหญิง 27,168 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 8 ตำบล 97 หมู่บ้าน การปกครองส่วนท้องถิ่นมี 2 เทศบาล ได้แก่ เทศบาลตำบลรางหวายและเทศบาลตำบลพนมทวน จำนวนหลังคาเรือน 13,277 หลังคาเรือน

สภาพทางเศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่ของอำเภอร้อยละ 80 ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรมได้แก่ การปลูกพืชเลี้ยงสัตว์ และการประมง โดยพื้นที่ประกอบการเกษตรส่วนใหญ่ใช้ในการทำนา ทำไร่ เช่น ไร่ อ้อย มันสำปะหลังและพืชไร่อื่นๆ ดังนั้นเศรษฐกิจโดยทั่วไปจึงขึ้นอยู่กับภาวะผลผลิตทางการเกษตรเป็นสำคัญ ด้านอุตสาหกรรมจะเป็นอุตสาหกรรมต่อเนื่องจากการเกษตร เช่นการสีข้าว และอาหารสำเร็จรูป ส่วนด้านพาณิชย์กรรมมีขยายตัวค่อนข้างน้อย เนื่องจากมีกิจการด้านการค้าขาย

ไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นคนยากจน รายได้เฉลี่ยต่อคนต่อปี 20,603 บาท ประชากรบางส่วนจะอพยพไปทำงานต่างจังหวัดในที่มีเศรษฐกิจดีกว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางคนต้องแยกกันทำงาน ทำให้เกิดช่องทางที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี

สภาพทางสังคมวัฒนธรรม

มีสถานศึกษา 39 แห่งจัดการศึกษาตั้งแต่ระดับก่อนประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ด้านการศาสนาประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีงานประจำปีตามวันสำคัญทางศาสนา และตามเทศกาลของไทยต่างๆ มีการละเล่นพื้นเมืองได้แก่ การรำเหย่ย รำโทน และรำไทยทรงดำ เป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาช้านาน

ลักษณะสังคมและวัฒนธรรม พนมทวนเป็นชุมชนเก่าแก่ทางประวัติศาสตร์ ถึงแม้จะมีระยะทางไม่ห่างตัวจังหวัดมากนักแต่สภาพสังคมเป็นแบบชนบท ส่วนมากเป็นลักษณะเครือญาติอาศัยอยู่ร่วมกัน มีสัมพันธภาพอันดีกับเพื่อนบ้านใกล้เคียง บ้านที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมยังพบการใช้แรงงานหรือลงแขกช่วยเหลือกัน

การสาธารณสุข

ปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของอำเภอได้แก่ปัญหายาเสพติดและโรคเอดส์ สถานการณ์ของโรคเอดส์ในอำเภอพนมทวนนับว่ามีความรุนแรงเนื่องจากมีจำนวน ผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 4 ของจังหวัด ตามยอดสะสมตั้งแต่พ.ศ. 2533- เมษายน 2548 โดยอำเภอในสามอันดับแรกได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอกาญจนดิษฐ์ อำเภอท่าม่วง เป็นอำเภอที่มีประชากรหนาแน่น ลักษณะทางสังคมเป็นสังคมเมือง มีสถานประกอบการเป็นโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ สถานบริการทางสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับอำเภอที่มีบริบทเป็นสังคมชนบท ประชากรขนาดใกล้เคียงกัน พบว่าอำเภอพนมทวนเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตสูงที่สุด ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้เสียชีวิต จำแนกตามภูมิสำเนา จังหวัดกาญจนบุรี

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ (คน)	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)
1	เมือง	1160	310
2	ทามะกา	916	305
3	ท่าม่วง	877	194
4	พนมทวน	301	71
5	บ่อพลอย	230	57
6	เลาขวัญ	197	31
7	ไทรโยค	185	46
8	ด่านมะขามเตี้ย	178	54
9	ห้วยกระเจา	103	25
10	ทองผาภูมิ	102	19
11	หนองปรือ	102	22
12	สังขละบุรี	78	16
13	ศรีสวัสดิ์	78	31

ที่มา งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี 2548

และพบวาโรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายในปีอันดับ 1 ของโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวนในปี พ.ศ. 2547 ดังตาราง 2

ตาราง 2 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปี 2547 (อัตรา ต่อ แสนประชากร)

ลำดับที่	สาเหตุการตาย	จำนวน	อัตรา
1	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง(โรคเอดส์)	20	38 55
2	หัวใจล้มเหลว	19	36 62
3	มะเร็งทุกชนิด	19	36 62
4	โรคปอด	11	21 20
5	โรคระบบทางเดินหายใจ	11	21 20
6	ฆาตกรรม	10	19 28
7	อุบัติเหตุ	8	15 42
8	เบาหวาน	6	11 57
9	โรคระบบไหลเวียนเลือด	5	9 64
10	ฆ่าตัวตาย	4	7 71

ที่มา งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี 2547

อัตราส่วนของบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากรยังไม่เพียงพอต่อการบริการประชาชน โดยมีอัตราส่วนแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,657 คน พยาบาล 1 คนต่อประชากร 1,064 คน มีสถานบริการของรัฐ คือ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง 1 แห่ง สถานีอนามัย 9 แห่ง

โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีผู้รับบริการมาใช้บริการเฉลี่ย 287 คน/วัน โดยทั่วไปการเข้ารับบริการผู้ป่วยในต่อผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ. 2547 เท่ากับ 6.4 และอัตราการครองเตียงร้อยละ 96.16 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากเมื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมีความคาดหวังสูงที่จะนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแต่ในสถานการณ์จริงจะพบว่าผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาที่บ้านเนื่องจากจำนวนเตียงไม่เพียงพอ ในด้านการบริการผู้ติดเชื้อทางการแพทย์และสังคมมีกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลชื่อว่า "กลุ่มน้ำใจเจ้าคุณฯ"

สถานีอนามัย มีเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยเฉลี่ยสถานีอนามัยละ 3.89 คน อัตราประชากรเฉลี่ย 4,901 คนต่อสถานีอนามัย จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลหลัก 2 คนไม่ต้องการให้อาสมัครรู้ว่าตนเองป่วยเป็นอะไร เนื่องจากกลัวบุคคลอื่นจะทราบเนื่องจากอนามัยตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ผู้ติดเชื้อเอช

ไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ 1 คนไม่ต้องการรับการรักษาที่อนามัยเนื่องจากต้องการรักษาในสถานบริการที่มียาและเครื่องมือมากกว่า

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

สถานการณ์ของโรคเอดส์ในอำเภอพนมทวนนับว่ามีความรุนแรงเนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สูง เมื่อพิจารณาสภาพสังคมซึ่งเป็นสังคมแบบชนบทที่มีความใกล้ชิดกัน การตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อย่อมเป็นที่สนใจและกล่าวขานในชุมชน ทำให้การดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสังคมเป็นไปด้วยความยากลำบาก บางคนตกอยู่ในสภาพถูกตีตราและรังเกียจจากเพื่อนบ้าน เนื่องจากพฤติกรรมไม่ดีในอดีตที่นำไปสู่การติดเชื้อ บางรายสังคมรอบข้างยอมรับได้แต่ยังเป็นส่วนน้อย ผู้วิจัยใคร่หาเสนอบริบทส่วนตัวในเรื่องข้อมูลพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในฐานะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่มักมีปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องดูแลรักษาตนเองอยู่ตลอดเวลา บริบทส่วนตัวและบริบททางสังคมจะเป็นการสะท้อนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในการดูแลสุขภาพและการรับรู้การรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านด้วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาครั้งนี้มี 18 คน เป็นเพศชาย 10 คน (ร้อยละ 55.55) และเป็นเพศหญิง 8 คน (ร้อยละ 44.45) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 55.55) ส่วนช่วงอายุ 15-25 ปี มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.56) ช่วงอายุ 36-45 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27.78) และอายุ 46 ปี ขึ้นไป จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.11) ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุสูงสุด 60 ปี และอายุต่ำสุด 20 ปี ส่วนมากอยู่ในวัยทำงานและหาเลี้ยงครอบครัว ดังรายละเอียดในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึกจำแนกตามลักษณะ เพศ อายุ

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	55 55
หญิง	8	44 45
อายุ(ปี)		
15 – 25	1	5 56
26 – 35	10	55 55
36 – 45	5	27 78
46 ขึ้นไป	1	5 56

การศึกษาพบว่า มีถึง 14 คนที่จบชั้นประถมศึกษา(ร้อยละ 77 78) โดยมากจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยสาเหตุส่วนมากที่ไม่ได้ศึกษาต่อเนื่องจากฐานะครอบครัวในวัยเด็กยากจนต้องออกมาหางานทำหลังจากจบการศึกษาภาคบังคับ รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3 คน (ร้อยละ 16 67) มี 1 คนที่จบการศึกษาเทียบเท่าปริญญาตรี(ร้อยละ 5 55) ด้านสถานภาพสมรสสวนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย มีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 44 45) โดยคู่ของตนต่างเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งสิ้น รองลงมาเป็นสถานภาพคู่มิมีจำนวน 6 คน(ร้อยละ 33 33) ซึ่งในจำนวนนี้มีคู่ของตนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์จำนวน 3 คน อีก 3 คน ไม่ทราบผลเลือดเพราะยังไม่ยอมรับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ทั้งต่างก็ทราบว่าคู่สมรสของตนเป็นผู้มีเชื้อเอชไอวี และการแยกกันอยู่ 2 คน(ร้อยละ 11 11) การตัดสินใจแยกกันอยู่ ญาติพี่น้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการให้แยกกันอยู่ ซึ่งให้เหตุผลว่าแยกกันรักษาแยกกันดูแลเนื่องจากครอบครัวผู้ติดเชื้อไม่สามารถแบกรับภาระการดูแลผู้ป่วยถึง 2 คนได้ และสถานภาพโสดมี 2 คน(ร้อยละ 11 11) 1 คนในนั้นเป็นชายรักชายจึงไม่แต่งงาน

บทบาทและการทำหน้าที่ในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงครอบครัว มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 55 55) ที่เป็นสมาชิกครอบครัวมีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 44 45) เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าโดยส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขยายถึง 13 ครอบครัว(ร้อยละ 72 22) โดยสวนใหญ่จะอาศัยกับบิดา มารดา ซึ่งมีอายุมากแล้ว บางรายอาศัยกับครอบครัวของตนเองรวมกับญาติพี่น้องด้วย สวนครอบครัว

เดี๋ยวมี่ 5 ครอบครัว(ร้อยละ27.78) ซึ่งสวนใหญ่มีญาติพี่น้องอาศัยไม่ไกลกันนัก รายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามลักษณะการศึกษา สถานภาพสมรส บทบาทในครอบครัว ลักษณะครอบครัว

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	14	77.78
มัธยมศึกษา	3	16.67
ปริญญาตรี	1	5.55
สถานภาพสมรส		
คู่	6	33.55
หย่า แยก	2	11.11
หม้าย	8	44.45
โสด	2	11.11
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้า	10	55.55
สมาชิก	8	44.45
ลักษณะครอบครัว		
ขยาย	13	72.22
เดี่ยว	5	27.78

อาชีพที่ทำอยู่ปัจจุบันหลังเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าไม่มีอาชีพ 5 คน(ร้อยละ 27.77) เนื่องจากส่วนใหญ่สภาพร่างกายทำงานไม่ไหว มี 1 คนที่ญาติขอร้องไม่ให้ทำงานอะไรเนื่องจากกลัวอาการจะแย่ลงไป ประกอบอาชีพรับจ้าง 5 คน(ร้อยละ 27.78)โดยรับจ้างเย็บผ้าโหลในบ้านตนเอง 2คน ที่เหลือเป็นการรับจ้างทำงานนอกบ้าน อาชีพเกษตรกร 5 คน (ร้อยละ 27.78) อาชีพค้าขาย 2 คน (ร้อยละ 11.11) รับราชการ 1 คน (5.55) ผู้ที่ไม่มีอาชีพทั้ง 5 คน ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายญาติที่อยู่ด้วยจะเป็นผู้ให้เอง เนื่องจากก่อนเป็นผู้ติดเชื้อเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาก่อน มี 1 คนที่ต้องขอเป็นครั้งๆ และอีก 1 คนมีรายได้จากการเข้ามาเป็นอาสาสมัครเอดส์เป็นครั้งคราว ดังรายละเอียดในตาราง 5

ตาราง 6 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามรายได้ส่วนตัวต่อเดือน
เปรียบเทียบกับสถานภาพทางการเงิน

รายได้ต่อเดือน (บาท)	สภาพการเงิน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 1,000	พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	2	11.11
	พอใช้มีเงินออม	-	-
	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	3	16.67
	รวม	5	27.78
1,001 – 3,000	พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	2	11.11
	พอใช้มีเงินออม	-	-
	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	5	27.78
	รวม	7	38.89
3,001 – 5,000	พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	3	16.67
	พอใช้มีเงินออม	-	-
	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	2	11.11
	รวม	5	27.78
มากกว่า 5,000	พอใช้แต่ไม่มีเงินออม	-	-
	พอใช้มีเงินออม	1	5.55
	ไม่พอใช้มีหนี้สิน	-	-
	รวม	1	5.55

เรื่องค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนั้นไม่เดือดร้อนเนื่องจากส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 17 คน (ร้อยละ 94.45) อีก 1 คนใช้สิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 5.55) ดังรายละเอียดตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามหลักประกันสุขภาพ

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หลักประกันสุขภาพ		
มีบัตรประกันสุขภาพ(บัตรทอง)	17	94.55
สิทธิข้าราชการ	1	5.55

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ศึกษามีสาเหตุการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 44.46) มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 33.33) ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน 2 คน (ร้อยละ 11.10) รักร่วมเพศ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.55) ส่วน 1 คน ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดในการติดยาเสพติด(ร้อยละ 5.55) เนื่องจากตนเองมีอายุมาก สามีเสียชีวิตไป 6 ปีแล้ว เคยฉีดยากับหมอเถื่อนตามบ้านแต่ไม่ทราบว่าใช้เข็มร่วมกันหรือไม่

สาเหตุที่นำไปสู่การตรวจวินิจฉัยโรคนั้นพบว่า ตรวจเพราะมีอาการแสดงที่สงสัยว่าจะติดเชื้อเอชไอวี มีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 33.33) ไม่ได้ตั้งใจตรวจเชื้อเอชไอวีแต่มาตรวจด้วยสาเหตุอื่น เช่นตรวจสุขภาพ ตรวจการตั้งครรภ์ เตรียมผ่าตัด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 33.33) ต้องการตรวจเพราะบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นคู่สมรสหรือเพื่อนที่เคยมีประวัติเกี่ยวข้องกับบริการด้วยกัน หรือเพื่อนที่เคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27.79) ต้องการตรวจเพราะคิดว่าประวัติของตัวเองไม่ดีมีโอกาสเสี่ยงมีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 5.55) ดังรายละเอียดในตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามสาเหตุการติดเชื้อ

สาเหตุการติดเชื้อและ สาเหตุที่นำไปสู่การตรวจ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สาเหตุการติดเชื้อ		
มีเพศสัมพันธ์กับคูสมรส	8	44 46
มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ	6	33 33
ใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน	2	11 11
มีเพศสัมพันธ์กับชายรักรวมเพศ	1	5 55
ไม่ทราบแน่ชัด	1	5 55
สาเหตุที่นำไปสู่การตรวจ		
มีอาการแสดง	6	33 33
บุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์	5	27 79
ประวัติมีพฤติกรรมเสี่ยง	1	5 55
ไม่ได้ตั้งใจตรวจตรวจเพราะสาเหตุอื่น	6	33 33

ระยะเวลาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้ว่ามีอาการติดเชื้อ จำแนกเป็นต่ำกว่า 1 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11 11) อยู่ระหว่าง 1 – 3 ปี 7 คน (ร้อยละ 38 89) อยู่ระหว่าง 4 – 6 ปี จำนวน 5 คน (ร้อยละ 27 78) และ 7-10 ปี มีจำนวน 3 คน (ร้อยละ 22 22) ในรายที่รับรู้ว่ามีอาการติดเชื้อยาวนานที่สุดมีระยะเวลาเท่ากันคือ 10 ปี ซึ่งคนเหล่านี้จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่า กลุ่มอื่นๆ ส่วนการเปิดเผยการติดเชื้อของตนเองกับครอบครัวนั้นเปิดเผยมากถึง 16 คน (ร้อยละ 88 89) โดยจะเปิดเผยกับทุกคนในครอบครัวมากถึง 9 คน และเลือกเปิดเผยเฉพาะบางคน 7 คนโดยผู้ที่มีสถานภาพคู่สมรสจะเปิดเผยกับคูสมรสของตน ส่วนที่เป็นหม้ายหรือโสดจะเลือกเปิดเผยกับบิดา มารดา หรือลูกของตนเองที่มีอายุพอสมควรหรือเป็นผู้ใหญ่แล้ว และไม่เปิดเผยกับใครทั้งสิ้นจำนวน 2 คน (ร้อยละ 11 11) ดังรายละเอียดตาราง 9

ตาราง 9 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ และการเปิดเผยผลการติดเชื้อมีครอบครัว

ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อและ การเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รู้ว่าติดเชื้อ		
ต่ำกว่า 1 ปี	2	11 11
1 – 3 ปี	7	38 89
4 – 6 ปี	5	27 78
7 -10 ปี	3	22 22
การเปิดเผยการติดเชื้อต่อคนในครอบครัว		
เปิดเผย	16	88 89
เปิดเผยต่อทุกคน	9	50 00
เปิดเผยเฉพาะบางคน	7	38 89
ไม่เปิดเผย	2	11 11

การได้รับการบริการด้านสาธารณสุข เกี่ยวกับแหล่งบริการด้านสาธารณสุขที่เคยรับการรักษาด้วยโรคนี้ พบว่าเคยรักษาที่โรงพยาบาลทั้ง 18 คน (ร้อยละ 64 28) เคยรักษาอนามัย 7 คน (ร้อยละ 25 00) เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย การเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้เสียเวลา บางส่วนของผู้ที่ไม่รักษาที่อนามัยเลยทั้งที่อยู่ใกล้บ้านเนื่องจากกลัวอนามัยทราบว่าตนเองเป็นอะไร รักษาคลินิก 3 คน (ร้อยละ 10 72)

และถึงแม้ว่ายังไม่มีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการแพทย์ที่จะรักษาอาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาด แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก็พยายามแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆร่วมด้วย พบว่ารักษาที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเดียว 11 คน (ร้อยละ 61 11) รักษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับการรักษาด้านอื่น 7 คน (ร้อยละ 38 89) โดยพบใช้วิธีโบราณหรือสมุนไพร 3 คน (ร้อยละ 42 86) วิธีสวดมนต์เพื่ออ้อนวอนให้หายจากโรค 3 คน (ร้อยละ 42 86) วิธีทางไสยศาสตร์ เช่นรดน้ำมนต์ 1 คน (ร้อยละ 14 28) ดังรายละเอียดตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามประเภทแหล่งพยาบาลที่เข้ารับการรักษาพยาบาล และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

แหล่งบริการสาธารณสุขที่เข้ารับการรักษา และวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แหล่งบริการสาธารณสุขที่เข้ารับการรักษา (ตอบมากกว่า 1 ข้อ)		
โรงพยาบาล	18	100.00
สถานเอดส์	7	25.00
คลินิก	3	10.72
วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
รักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิธีเดียว	11	42.86
รักษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับวิธีอื่น	7	38.89
ไสยศาสตร์	1	14.28
แผนโบราณหรือสมุนไพร	3	42.86
สวดมนต์ภาวนา	3	42.86

จากกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้มองเห็นความแตกต่างในแต่ละบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลสุขภาพได้อย่างคร่าวๆ ตามวิธีการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมรอบข้างในชุมชน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการให้ความหมายการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามรายละเอียดที่จะเสนอในเชิงลึกในบทต่อไป

บทที่ 5

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาการแพทย์แผนปัจจุบัน หรืออาจเรียกชื่อต่างกันไปเช่นการแพทย์สมัยใหม่ หรือการแพทย์ตะวันตก ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และประชาชน แต่ในทางปฏิบัติความไม่เพียงพอทางการแพทย์แผนปัจจุบันยังมีอยู่ เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ เครื่องมือ การบำรุงรักษา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการบริหารจัดการและการจัดการกำลังคน ทำให้รัฐบาลจำเป็นต้องปฏิรูปการวางแผนการดูแลรักษาด้านอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมด้วย ในปัจจุบันเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย หนทางหนึ่งที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับรักษาพยาบาลและลดอัตราการครองเตียงได้คือการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นการป้องกันการลุกลามและลดความรุนแรง บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นงานสาธารณสุขเชิงรุกมุ่งเน้นบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากเป็นการดูแลรักษาแล้วยังเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อสามารถบำรุงรักษาสุขภาพตนเองยืดระยะเวลาก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยออกไปให้นานที่สุด การให้บริการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับที่ยอมรับบริการนั้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการรับรู้และให้ความหมาย โดยใช้ประสบการณ์และเงื่อนไขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องประเมินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แล้วจึงตัดสินใจเลือกรับบริการ ดังนั้นการศึกษาเพื่อให้ได้รายละเอียดข้อมูลจึงแบ่งเป็นประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นดังนี้

- 1 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - 2 กระบวนการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - 3 เงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- ซึ่งรายละเอียดทั้ง 3 ประเด็นสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองเป็นธรรมชาติของมนุษย์เมื่อประสบปัญหาการเจ็บไข้ได้ป่วย มนุษย์มีความสามารถในการแสวงหาการรักษาสุขภาพของตนเองตามบริบทของสังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ในอดีตจะพบว่าการจัดการเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองและครอบครัวที่จะกำหนดวิธีการรักษาตนเอง แต่เมื่อมีการค้นพบการแพทย์แผน

ปัจจุบันการดูแลรักษาตนเองจึงได้เปลี่ยนมือไปสู่การแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีความรุนแรงและซับซ้อนอย่างเช่น โรคเอดส์ เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจะตัดสินใจไปพบแพทย์ ประกอบกับอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงความรุนแรงอยู่ ทำให้ความสามารถในการรองรับผู้ป่วยน้อยลง นโยบายทางด้านสาธารณสุขได้มีมาตรการการดูแลผู้ติดเชื้อใหม่ ด้วยการตั้งศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้ร่วมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยมีโรงพยาบาลให้คำแนะนำอบรมความรู้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยที่โรงพยาบาลทำหน้าที่ให้บริการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การรับรู้ว่ามีบริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเป็นหนทางหนึ่งหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้เลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น มี 4 ลักษณะ คือ

ลักษณะที่ 1 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากบุคลากรสาธารณสุข

การรับรู้การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะรับรู้ผ่านบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ารับบริการ โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขที่มีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเมื่อเข้ารับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ได้ แต่ลักษณะของโรคที่รักษาไม่หายและมีโรคแทรกซ้อนมาก การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยวิธีการติดตามเยี่ยมประเมินอาการและแก้ไขสภาวะสุขภาพที่บ้านจะถูกเสนอให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุขอีกทางหนึ่ง

“ตั้งแต่ติดเชื้อก็ป่วยหนักครั้งนั้นครั้งเดียว คุณหมอบอกทุกอย่างว่าต้องทำอะไรบ้าง ทำใจ ให้สบาย ออกกำลังกาย ผมวิ่งทุกวัน วิ่งแถวบ้านนั่นแหละ แล้วก็แยกห้องนอนกับแฟน จริงๆ แล้วหมอให้ใช้ถุงยางได้ แต่ตัดปัญหาพวกแลกเชื้อเพิ่มเชื้อไปเลย ก่อนออกจากโรงพยาบาลหมอบอกมีการที่หมอไปดูแลที่บ้าน คือหมอจะไปเยี่ยมว่าอาการเราเป็นอย่างไรบ้าง สบายดีหรือไม่สบาย ไม่ต้องให้เรามาที่โรงพยาบาล”

(คนที่ 1)

“มาที่นี่เขาให้คำปรึกษาเพิ่มเติม เขาบอกว่าการติดเชื้อเอดส์ไม่ได้เสียชีวิตเลยที่เดียวอาจอยู่ได้นานถ้าเราดูแลตัวเองดี หลังการติดเชื้อก็เปลี่ยนแปลงตัวเองหลายอย่าง อย่างบุหรืจากสูบวันละ

ของกินานสุบที่ เหล้าก็มีกินบ้างแต่ไม่ค่อยเหมือนเมื่อก่อน หมอบอกเรื่องจะมีหมอบไปดูแลที่บ้าน
ว่าจะไปดูแลว่าเราเจ็บไข้อะไรบ้าง ไปตรวจไปเยี่ยมไปรักษาเรา ”

(คนที่ 11)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการแนะนำบริการดูแลสุขภาพที่บ้านในครั้งแรกของ
การเข้ารับบริการในสถานบริการเท่านั้น ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วย
เอดส์จะได้รับการประเมินสภาพจากบุคลากรสาธารณสุขและความเหมาะสมในการให้บริการดูแล
สุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เสมอ เมื่อเห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการที่สมควร
ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะมีการให้คำแนะนำหรือสอบถามความต้องการการรับบริการดูแล
สุขภาพที่บ้าน

“ตอนหนูรู้ผลเลือด หมอสอนว่าต้องทำอะไรบ้างดูแลตัวเองเรื่องการกินอาหาร กินยาที่จะ
ป้องกันติดลูก หมอบอกว่าที่นี้หมอมจะออกไปดูแลให้ที่บ้านเป็นบางครั้ง จะไปช่วยดูว่าหนูดูแล
ตัวเองดีหรือยัง ไปเยี่ยมหนู หนูจะเอาไหม หนูจะได้ไม่ต้องไปรักษาที่โรงพยาบาล หนูไม่ยอมให้
หมอบไป เพราะปกติดีทุกอย่าง สองปีถัดมาหนูเป็นมากทำอะไรไม่ไหว กลับมารักษาที่โรงพยาบาล
หมอดถามอีกว่าจะให้หมอบไปดูแลอาการที่บ้านหรือเปล่า หนูคิดว่าถ้าหมอมมาหนูอาจดีขึ้น ป่วยน้อยลง
อย่างน้อยก็อยู่ในสายตาหมอตลอด”

(คนที่ 2)

“รู้ตั้งแต่ตรวจเจอที่เชียงรายแล้วว่าเรามีการให้การดูแลสุขภาพที่บ้านแต่ไม่ได้ตกลงเพราะ
ยังไม่มาระหว่างบ้านเรากับแฟน ตอนแรกรักษาทั่วไป ตอนหลังปัญหาที่เจอบ่อยๆคือผิวลอกคัน
ทั้งตัว ตอนหลังทนไม่ไหวเลยไปรักษาที่โรงพยาบาล หมอตรวจให้ยาไปกิน แล้วส่งไปหาพยาบาล
ให้คำปรึกษา เขาถามว่าเราเริ่มมีอาการป่วยแบบนี้ จะมีหมอบไปเยี่ยม ไปดูแลได้ไหม ไปเดือนละ
ครั้ง ผมก็ตกลงเพราะดูด้วยตัวเองมานานไม่ได้ผล คิดว่าหมอมคงช่วยได้บ้าง อีกอย่างผมจะได้ไม่
ต้องมาโรงพยาบาล”

(คนที่ 6)

ลักษณะที่ 2 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสังคมแบบสอดส่อง

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เนื่องจากสังคมสอดส่อง ด้วยสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความผูกพันใกล้ชิดโดยเฉพาะพื้นที่ที่ยังคงความเป็นชนบทสูง ถ้ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นเพื่อนบ้านจะสนใจถามไถ่ เพื่อให้ได้คำตอบเสมอ

“เคยนั่งอยู่กับเพื่อนแถวบ้าน พอมีรถโรงพยาบาลวิ่งผ่าน เขาก็สงสัยแล้วว่า เอ๊ะ! หมอมาทำไม ต้อง มีใครเป็นอะไร แล้วเขาก็จะคอยไปถามคนโน้นคนนี้ แล้วก็มาเล่าว่าใครเป็นอะไร หมอมาทำอะไรบ้าง ”

(คนที่ 15)

การที่เจ้าหน้าที่ได้สอนและทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หรือและญาติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และมีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการดูแลเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ดุผลตกติจากการดำเนินชีวิตทั่วไป โดยรูปแบบการเยี่ยมที่แตกต่างกับโรคอื่นๆ การไปดูแลทำเฉพาะวัน ทำเฉพาะบ้านหรือเฉพาะคน ซึ่งชาวบ้านหรือคนอื่นในชุมชนอาจสังเกตเห็นได้ มีการไต่ถาม รวมถึงวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่นและนำไปสู่การสืบพบหรือค้นหาได้ว่าผู้รับบริการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

“เคยเหมือนกันที่มีคนมาคุยกับเราว่าบ้านโน้นเป็นเอดส์ เพราะเห็นหมอมาดูมันด้วย เราก็คิดเรานี้แหละก็เป็นเอดส์ ถ้าแกรู้คงไม่มาคุยด้วย ”

(คนที่ 9)

“เคยมีคนแถวบ้านเป็นโรคนี้ หมอมาเยี่ยมเฉพาะวันพุธ ส่วนพวกโรคอื่นๆจะเยี่ยมวันอื่น คนแถวบ้านจำได้ว่าหมอหน้าแบบนี้ มาวันนี้ มาเยี่ยมคนเป็นเอดส์ ”

(คนที่ 3)

“คนแถวบ้านบอกว่าจำได้ว่าหมอชุดนี้ มาเยี่ยมคนเป็นเอดส์ ”

(คนที่ 5)

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการบริการในรูปแบบที่เปิดเผย เนื่องจากมีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่จริง การเยี่ยมทำแบบเปิดเผยต่อญาติซึ่ง

บางครั้งญาติเองเป็นผู้กระจายข่าว ทำให้สังคมรอบข้างทราบถึงรูปแบบและวิธีการการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

“พอหอมมาเยี่ยมแม็กก็เที่ยวไปบอกคนอื่นว่าหอมมาเยี่ยมผม ผมก็บอกแมจะไปบอกเขาทำไม”

(คนที่ 6)

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านจากสังคมเป็นผู้สอดส่องเป็นความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นซึ่งจากการได้สอบถามจากเพื่อนบ้านในชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอดส์เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกัน เช่นบ้านที่เป็นเขตเทศบาลจะพอทราบว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนของตน จากการพบเห็นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับการประเมินอาการและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบว่ามิบุคคลากรสาธารณสุขมาให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน แต่ในสภาพชุมชนที่บ้านเรือนห่างไกลกันจะไม่ได้ให้ความสนใจสอดส่องการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพราะเป็นการยากที่จะคอยสังเกตเนื่องจากบ้านเรือนอยู่ห่างกันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อย

“รู้ (ชื่อคน) บ้านตรงข้างคลอง เป็นเอดส์ ฐานะแล้วตั้งแต่เมียมันตาย เขาว่าเมียมันเป็นเอดส์ตาย ยิ่งเห็นหอมมาเยี่ยม ก็คิดว่าน่าจะใช้ เพราะถ้าไม่ได้เป็นหอมจะทำอะไร ”

(บุคคลในชุมชนคนที่ 1)

“เคยเห็นรถหอมเข้าไปในซอยเหมือนกัน แต่ไม่รู้ว่ามีบ่อยแค่ไหน เพราะทำงานไม่ได้สนใจใครบ้านข้างในมีหลายหลัง รู้จักบ้างไม่รู้จักบ้าง ไม่รู้หรือว่าหอมมาทำอะไร คงมีธุระ หรือไม่ก็มีใครเป็นอะไร ”

(บุคคลในชุมชนคนที่ 2)

จะเห็นได้ว่าการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสังคมแบบสอดส่อง จะเป็นการรับรู้ถึงปฏิกิริยาเชิงลบต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในลักษณะเป็นการต่อต้าน รังเกียจ ไม่อยากคบหา ไม่ยอมรับและเกิดความรู้สึกลบด้านจิตใจ

ลักษณะที่ 3 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากประสบการณ์ของตนเอง

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่กำลังแพร่ระบาดในสังคม เนื่องจากลักษณะของการติดอมีเรื่องของเพศและพฤติกรรมเสี่ยงเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจะสามารถพบเห็นผู้ป่วยได้ในสังคมหรือชุมชน เนื่องจากวิธีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีข้อจำกัดต้องกระทำอย่างเปิดเผย เนื่องจากไม่สามารถเลือกผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมของเขาได้ บุคคลอื่นสามารถรับรู้และพบเห็นการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้ หรือบางรายเคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมาแล้วเช่นมีบุคคลใกล้ชิดเช่นญาติ หรือคู่สมรสเป็นผู้รับบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งประสบการณ์ในลักษณะนี้ ทำให้เกิดเห็นตัวอย่างรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างแท้จริง และทำให้เกิดการเลือกที่จะเลือกตัดสินใจรับบริการ

“แฟนเป็นคนให้หมอมายเยี่ยมเขาที่บ้าน ตอนนั้นเขาเริ่มป่วย แต่เรายังไม่ได้เป็นอะไร หมอมาดูเป็นปี จนเขาแยลงเรื่อยๆ ช่วงที่เขาไม่ไหว เหมือนจะไปกับไปซักที พอวันสุดท้ายที่หมอมายาถึงยอมไป ของหนูก็เห็นหมอเยี่ยมแฟน หนูก็ขอให้หมอเยี่ยมหนูไปเลย ”

(คนที่ 13)

“เคยเห็นรถหมอเข้าไปเยี่ยมคนชื้อ(ชื้อคน)ที่บ้านอยู่ใกล้ศาลเจ้า ผมเลยรู้ว่าเขาเป็นเอดส์เหมือนผมเพราะเคยร่วมวงเสพยาด้วยกัน ผมว่าเขาให้เยี่ยมเพราะเขาไม่ได้ทำงานอะไรอยู่บ้านเฉยๆ หมอมาน่าจะดีกับเขาเพราะเขาไม่มีรถ ไม่มีรายได้อะไร ส่วนผมยังปิดเป็นความลับเพราะไม่อยากจะให้ใครรู้ ถ้าหมอมายเยี่ยมผมคนอื่นเห็นก็ต้องว่าผมเป็น ”

(คนที่ 3)

“ตอนแรกไม่อยากจะให้มา ตอนหลังเห็นหมอมายเยี่ยมแถวคนแถวบ้านก็ดีนะ ไม่ต้องลำบากญาติพี่น้องห้ามไปโรงพยาบาล พอดีตอนนั้นแฟนเป็นมาก เลยขอหมอให้มาดูมายเยี่ยมแฟนและเยี่ยมเราด้วย ก็รู้สึกว่ดีนะจนแฟนตายก็ยังให้มายเยี่ยมเราต่อ พอเจอใครเป็นแบบเราก็จะบอกเลยว่าให้มายเยี่ยม”

(คนที่ 10)

ลักษณะที่ 4 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากญาติพี่น้องเป็นผู้เสนอให้

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญ ความเป็นสังคมของเครือญาติทำให้สมาชิกแต่ละคนสนใจ และห่วงใยชีวิตความเป็นไปของสมาชิกคนอื่น ๆ เมื่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ทวีความรุนแรงและรวดเร็วขึ้น จะพบว่าระบบความสัมพันธ์ของครอบครัวและเครือญาติได้คลายความเหนียวแน่นลง มีครอบครัวจำนวนมากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงนี้ได้ เนื่องจากความไม่รู้ในเรื่องโรคเอดส์ ก่อให้เกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผลกระทบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไปสู่บุคลากรสาธารณสุข เมื่อทราบว่ามีการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านก็จะติดต่อให้มาดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ด้วยเหตุผลที่ญาติไม่อยากจะดูแล หรือไม่ทราบวิธีการดูแล แต่ขณะเดียวกันก็มีครอบครัวอีกเป็นจำนวนมากที่พอจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ยังคงอ้าแขนต้อนรับสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลับเข้ามาอยู่ในบ้าน เนื่องจากยังคงความเหนียวแน่นของสายใยเครือญาติ รวมถึงมีความหวังที่จะรักษาดูแลสุขภาพของตนเองให้บรรเทาจากโรคร้ายนี้ ญาติพี่น้องจะหาข้อมูลโดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อใช้ข้อมูลนั้นเพื่อบรรเทาหรือแก้ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ญาติพี่น้องถือว่าเป็นบริการที่จะเป็นประโยชน์มากจะถูกถ่ายทอดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดการเลือกตัดสินใจรับบริการนั้น

"ก่อนหน้ารักษาที่อ่างทองบ้านแฟน ญาติกันเขาเคยเห็นหมอไปเยี่ยมคนอื่น บอกผมว่าหมอดูแลดี หมอดีทุกคน มีมาดูแลที่บ้าน เขาบอกว่าที่อ่างทองเขาดูแลคนไข้สองคนจะเป็นภาระให้แยกมารักษาที่บ้านเราจะดีกว่า เขาให้ย้ายมารักษาที่นี่ ตอนผมย้ายมาเขาบอกว่าให้ลองมาคุยกับคุณหมอมที่โรงพยาบาลว่าผมเป็นโรคนี้อะไร รวมถึงเรื่องจะให้หมอมายเยี่ยมผมที่บ้าน "

(คนที่ 17)

"ตอนกลับมาบ้านมีอาการแล้ว พวกพี่น้องเขามีท่าทีไม่ค่อยดี เขาสมน้ำหน้าที่ยากเป็นตุ๊ด เขาให้นอนบ้านข้างๆไม่ได้ให้อยู่ในบ้านเดียวกัน ดีที่เขาคอยส่งข้าวให้ ผมก็ดูแลตัวเองไปเรื่อยเปื่อย ญาติเขาบอกไม่รู้จะช่วยอย่างไร เขาบอกว่ามีหมอจากโรงพยาบาลมาเยี่ยมโรคแบบผม จะไปบอกให้หมอมาดูผมที่บ้านบ้าง ผมก็ว่าแล้วแต่เขา แล้วก็พาผมไปตรวจครั้งหนึ่งที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นหมอก็คือเป็นคนมาดูแลตลอด "

(คนที่ 18)

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการรับรู้ตามแหล่งที่มา ส่วนมากรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากบุคลากรสาธารณสุข ในบางรายมีการ

รับรู้จากหลายแหล่งที่มา โดยผู้ติดเชื้อจะนำการรับรู้ที่ได้มาเป็นแนวทางในการคิดให้ความหมายเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมถึงการตัดสินใจในอนาคตว่าจะรับบริการนั้นหรือไม่ต่อไป

กระบวนการให้ความหมายการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นการดูแลที่ครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน สิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะกระทำภายหลังการรับรู้อาจมีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน คือ การให้ความหมายกับการให้บริการดูแลสุขภาพ มีการประเมินว่าบริการดูแลสุขภาพที่บ้านนั้นจะมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่หรือความสบายของตนเองอย่างไร และจะส่งผลอย่างไรต่อตนเอง ครอบครัวและภาวะรับผิดชอบในอนาคต ตลอดจนประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเองและหาทางเลือกในการรับบริการนั้น จากการศึกษาจัดการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ออกเป็น 2 ประเด็น คือ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ การให้บริการดูแลสุขภาพเป็นหนทางหนึ่งที่จะเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในสภาพจริง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คาดหวังว่าการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะก่อให้เกิดผลดีและสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านต่างๆ คือ

1 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ความหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีเงื่อนไขในการรักษามากมายอีก

ทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาด มีการดำเนินโรคที่ยาวนาน พบโรคฉวยโอกาสจำนวนมากที่เป็นสาเหตุการป่วย จำเป็นต้องดูแลรักษาตัวเองอยู่ตลอดเวลา ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จึงเป็นความต้องการเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ เช่น ความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพ ต้องการได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ความต้องการยารักษาและผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นวิธีที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ตรงกับสภาพจริง

“ตอนแรกรักษาทั่วไป ตอนหลังปัญหาที่เจอบ่อยๆคือผิวลอกคันทั้งตัว ตอนหลังทนไม่ไหวเลยไปรักษาที่โรงพยาบาล หมอตรวจให้ยาไปกิน แล้วส่งไปหาพยาบาลให้คำปรึกษา เขากถามว่าเราเริ่มมีอาการป่วยแบบนี้ จะมีหมอไปเยี่ยม ไปดูแลได้ไหม ไปเดือนละครั้ง ผมก็ตกลงเพราะดูด้วยตัวเองมานานไม่ได้ผล คิดว่าหมอกงช่วยได้บ้าง ผมคิดว่าให้หมอมาดูแลที่บ้านด้วยจะดีกว่า เพราะบางที่หมอสอนที่โรงพยาบาล ว่าควรทำตัวอย่างไร บางคนสอนจำได้ กลับมาบ้านลืม ควรมาดูว่าเขาทำถูกหรือไม่ ตอนนั้นผมแพ้ยาก็กินอยู่นั้น หมอมาถึงได้รู้ว่าแพ้ย่าให้หยุดยา ”

(คนที่ 6)

“ตอนที่หมอบอกว่าเป็นเอดส์ยังคิดไม่ออกว่าจะต้องทำอะไรต่อไป เรายังไม่ได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้นัก หมอบอกว่าเราเริ่มอ่อนแอ จะมีโรคแทรกซ้อนง่าย ให้ดูแลสุขภาพดีๆ อยู่โรงพยาบาลได้ไม่นานหมอก็ให้กลับบ้าน ตอนที่ตกลงให้หมอไปเยี่ยมเพราะคิดว่าถ้าเป็นอะไรหมอเขาต้องดูแลได้ดีกว่าที่เราดูแลเอง เพราะเขาเป็นหมอ”

(คนที่ 16)

2 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การเป็นโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีการถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ถูกแบ่งแยกออกจากบุคคลอื่น มีความเหงา ไม่มั่นคง สับสนท้อแท้ คับข้องใจ เศร้าซึม เครียด กลัวตาย รู้สึกไม่มีประโยชน์ ไร้ค่า ไม่มีใครเหลียวแล จากการบอกเล่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ได้ให้ความหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการช่วยตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการที่บุคลากรสาธารณสุขเยี่ยม มาพูดคุย ถือเป็นการสร้างความหวังกำลังใจ ในรายที่ครอบครัวยังมีความไม่เข้าใจและรังเกียจ บุคลากรสาธารณสุขยังเป็นผู้สร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันระหว่างคนในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อีกด้วย

ตอนแรกเครียดกลัวตาย รู้สึกหมดเรี่ยวแรงไปเฉยๆ ไม่อยากทำอะไร ตอนที่หมอมามาหมอสอนเกี่ยวกับโรคว่าไม่ได้ตายปุบปับ ทำให้เรารู้จักโรคมากขึ้นไม่ท้อแท้เหมือนเก่า จะคอยถามญาติทุกครั้งว่าหมอมจะมาเมื่อไร เหมือนมีแรงที่จะพุดมีแรงที่จะลุกกว่าตอนหมอไม่มา

(คนที่ 18)

“อยากให้หมอมานพุดมาคุย เพราะปกติตั้งแต่เป็นก็อยู่แต่ที่บ้าน ไม่ค่อยได้คุยกับใคร หมอมามาช่วยดูแลเรื่องลูกให้คิดว่าต้องทำอะไร ให้กินนมผสมตั้งแต่เกิด ป้องกันลูกติดจากเรา ญาติชอบเข้ามาฟังเวลาหมอมานเยี่ยม เขาจะถามเลยว่าคิดกันไหม หมอมอบอกวิธีติดต่อการดูแล อะไรกินได้ กินไม่ได้ เขาก็เข้าใจอยู่กันได้ไม่มีรังเกียจ”

(คนที่ 7)

“ตอนที่ที่บ้านรู้ว่าป็นใหม่ๆ บอกพวกญาติๆว่าไม่ติดง่ายๆเขาก็ไม่เชื่อ เขาพูดเลยว่าใครเป็นโรคนี้อย่ามากินข้าวกินน้ำบ้านกู ตอนหลังเห็นหมอมานเยี่ยมมาคุย เขาก็มาดูว่าหมอมุดอะไร ทำอะไรกับเรา พอรู้จากหมอมว่ามันไม่ได้ติดง่ายๆ ตอนหลังก็ศึกัน ทำงานด้วยกันเหมือนเดิม”

(คนที่ 6)

“ที่แรกที่บอกว่าเป็นเอดส์ก็นึกกลัวว่าเราอยู่ด้วยกันมันจะติดได้ง่ายถ้าเราไม่ระวัง กลัวว่าถ้าเขามากินอะไรที่บ้านตอนเราไม่อยู่แล้วเรามากินซ้ำมันจะเป็นอะไร ตอนหลังได้ฟังตอนหมอมานเยี่ยมก็รู้ว่ามันติดได้ทางไหน อีกร้อยยงตอนนี้อยู่เขาอาการดีขึ้นมากเหมือนคนที่ไม่ได้เป็นอะไรเลย”

(ญาติผู้ป่วยคนที่ 6)

3 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล

การมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบกับครอบครัวมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเริ่มมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลงตามการดำเนินของโรค สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ดูแล จนไม่สามารถประกอบอาชีพได้เต็มที่ อีกทั้งการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ก่อให้เกิดค่าใช้จ่าย ในระยะยาวอาจเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสถานะการเงินของครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จึงให้ความหมายการที่บุคลากรสาธารณสุขได้ให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านว่าเป็นการช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล

แล โดยการที่บุคลากรให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้ครอบครัวลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านอื่น ลดภาระในการพาไปรักษาในสถานบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขยังช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การทำแผล หรือให้ยารักษาตามอาการได้

“ญาติเขามอกไม่รู้จะช่วยอย่างไร เขามอกว่ามีหมอมจากโรงพยาบาลมาเยี่ยมโรคแบบผม จะไปบอกให้หมอมาคูผมที่บ้านบ้าง ผมก็ว่าแล้วแต่เขา แล้วก็พาผมไปตรวจครั้งหนึ่งที่โรงพยาบาล หลังจากนั้นหมอก็คือเป็นคนมาดูแลตลอด ”

(คนที่ 18)

“สองปีถัดมาหนูเป็นมากทำอะไรไม่ไหว กลับมารักษาที่โรงพยาบาล หมอมถามอีกว่าจะให้หมอมไปดูแลอาการที่บ้านหรือเปล่า หนูคิดว่าถ้าหมอมามาหาญาติขึ้น ถ้ามแม่ แม่ก็บอกให้หมอมมาเยี่ยม เพราะแม่เองก็แก่ดูไม่ค่อยไหว หมอมาคูจะได้ไม่เป็นมาก แม่ไม่ต้องเป็นภาระดูแลทุกวัน ”

(คนที่ 2)

“ ตอนที่ เป็นมากคิดว่าเขาจะไม่รอดพอเขามอกว่าหมอมจะมาดูแลที่บ้าน ก็บอกเขาว่าให้หมอมมา เพราะฉันเองก็ดูแลเขาไม่ค่อยไหว หมอมาคูแล หมอมจะรู้ว่าควรทำอะไรบ้าง ถ้าเป็นฉันถ้าเขาเป็นมากก็ทำอะไรไม่ถูก คิดจะพาเขามาโรงพยาบาลอย่างเดียว ”

(ญาติของคน ที่ 2)

4. บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเหลือและตอบสนองความจำเป็นด้านอื่น ๆ

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกเหนือจะเป็นการช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังให้ความหมายการให้บริการสุขภาพที่บ้านเป็นการช่วยเหลือและตอบสนองความจำเป็นด้านอื่น ๆ ด้วย เพราะธรรมชาติของมนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอ เมื่อความจำเป็นอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ ก็จะมีความจำเป็นด้านอื่นมาแทนที่เสมอ ซึ่งความจำเป็นบางอย่าง การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถตอบสนองให้ได้ จึงทำให้มีการให้ความหมายว่าเป็นการช่วยเหลือและตอบสนองความจำเป็นในด้านอื่น ๆ เช่น บุตรของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับนมผสม การไปให้บริการดูแลสุขภาพมารดาที่บ้าน บุคลากรทางสาธารณสุขจึงนำนมผสมไปมอบให้เด็กทำให้มารดาไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้ความต้องการนั้นได้รับตอบสนองไปด้วย หรือกรณีที่บุคลากรสาธารณสุขไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้วพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไปให้บริการมีอาการรุนแรงไม่สามารถรักษาเยียวยาที่บ้านได้ ก็จะนำผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลมารักษาด้วย โดยญาติและผู้ป่วยไม่ต้องลำบากในการไปหารถเพื่อนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัญหาอื่น ๆ ที่ไปพบแล้ว

บุคลากรทางสาธารณสุขไม่สามารถแก้ไขได้ ก็จะทำหน้าที่ประสานและส่งต่อตามความเหมาะสมต่อไป

เวลานั้นมาๆคืนทางไม่วิว ขึ้นรถเมลไม่วิว หมอเอากลับไปโรงพยาบาลด้วย เพราะที่บ้านมีแต่เด็ก กับคนแก่ แฟนก็ขับรถไม่เป็น บ้านก็ไกล

(คนที่ 2)

“บอกเองว่ามาเยี่ยมได้ หมอจะได้ช่วยคุณเรื่องลูกให้ด้วย ให้รับนมผสม ก็จะได้ไม่ต้องไปเอาเองไกล”

(คนที่ 12)

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อมองปัญหาโรคเอดส์ในปัจจุบันยังติดอยู่กับการตีตรา ให้ความหมายโรคเอดส์เป็นที่น่ารังเกียจ น่ากลัว เป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะประเมินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการเปิดเผยตนเอง และนำความยุ่งยากมาให้ดังนี้

1 เป็นช่องทางทำให้คนอื่นทราบว่าเป็นโรคเอดส์

การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เป็นการที่เจ้าหน้าที่ได้สอนและทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หรือและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และมีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการดูแลเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ทำให้ผู้ติดเชื้อให้ความหมายว่าเป็นที่ผิดปกติจากการดำเนินชีวิตทั่วไป อีกทั้งรูปแบบการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขทำโดยเปิดเผย ทำเฉพาะคน เฉพาะวัน ซึ่งชาวบ้านหรือคนในชุมชนอาจสังเกตเห็นได้ มีการไต่ถาม รวมถึงวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่น และนำไปสู่การสืบพบหรือค้นหาได้ว่าผู้รับบริการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

“ถึงแม้ทางโรงพยาบาลจะไม่ได้บอกกับชาวบ้านว่าเราเป็นอะไรก็ตาม แต่คนที่เห็นว่ามีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมมาพูดคุยกับเราจะต้องถามเราต่อว่าเราเป็นอะไรทางโรงพยาบาลถึงได้มาติดตามดูแล หรือแม้แต่เราเจอคนรู้จักที่โรงพยาบาลคนยังต้องคอยถามว่าเราเป็นอะไร ถ้าเราไม่ตอบหรือตอบแบบไม่ตรง

ตอบแบบไม่ตรงกับใจที่เขาคิด เขาก็จะต้องไปหาคำตอบกับคนอื่นจนได้ บางทีเคยนั่งหน้าบ้านกับเพื่อนบ้านพอมีรถโรงพยาบาลวิ่งเข้ามาในหมู่บ้าน ก็จะต้องพูดต่อกันว่าเอ๊ะ รถโรงพยาบาลมาทำอะไรนะ ไปบ้านไหน มีใครเป็นอะไร เหมือนใครเป็นอะไรสักอย่าง ซึ่งจะต้องมีคำถามตามมาอยู่ แล้ววามทำไม

(คนที่ 5)

“กลัวว่าเวลาหมอไปเยี่ยมบ้านคนจะมามองเนื่องจากเป็นเรื่องผิดสังเกต คนจะมองและสังเกตเรามากขึ้น กลัวเขารู้ว่าเราเป็นอะไร ”

(คนที่ 9)

การให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้าน ว่าเป็นช่องทางให้ผู้อื่นรู้ว่าเราเป็นเอดส์เป็นการให้ความหมายเกี่ยวพันกับความคิดเห็นของบุคคลอื่นซึ่งจากการได้สอบถามจากเพื่อนบ้านในชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอดส์อาศัยอยู่ว่าการให้ความหมายตามทัศนะของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ติดเชื้อเอดส์ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่เพื่อนบ้านคิดเห็นหรือไม่ จากการสอบถามพบว่าในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกัน เช่นบ้านที่เป็นเขตเทศบาลจะพอทราบว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนของตน โดยจากการประเมินอาการและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้จะไม่มีการตกลงบริการดูแลที่บ้านก็ตาม

“รู้(ชื่อคน) แต่เขาไม่เคยบอกว่าเป็น แต่เราดูจากอาการก็สงสัยเหมือนกันว่าคงเป็น เพราะอาการออก เคยเห็นหมอไปเยี่ยมคนเป็นเอดส์แถวๆบ้านตอนนี้เขาตายไปแล้ว พอหมอคนเดิมมาเยี่ยมคนนี้อีกก็คิดว่าน่าจะใช้ ”

(บุคคลในชุมชนคนที่ 1)

ส่วนในชุมชนที่ไม่มีความใกล้ชิด สภาพบ้านเรือนห่างกัน แทบจะไม่ทราบเลยว่ามีใครเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนของตน

“ไม่รู้เหมือนกัน ไม่เห็นใครเป็นอะไร รถหมอเข้ามาก็ไม่ได้สังเกตด้วยนึกว่าเป็นรถผ่านไปผ่านมา”

(บุคคลในชุมชนคนที่ 3)

2 เป็นภาระก่อให้เกิดปัญหา

การให้ความหมายว่าการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาส่วนมากเป็นการรับรู้ที่ตามความหมายจากการรับรู้รูปแบบการให้บริการแบบเปิดเผยรวมกับการรับรู้แบบ

สังคมสองทำให้ให้ความหมายและรับรู้ปัญหาจากการเยี่ยมชมมา ให้ความหมายถึงการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระ ก่อให้เกิดปัญหา กล่าวคือ ถึงแม้ผู้ป่วยจะยอมรับกับการติดเชื้อเอ็ดส์ของตนเองว่าติดเชื้อจริง แต่การยอมรับไม่ได้ยังคงที่เสมอไป เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ได้ทำความเข้าใจกับการขั้นตอนการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่บ้านและมีการประเมินสิ่งที่จะเกิดตามมา พบว่าการมาเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์เป็นการทำให้สถานการณ์และความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์และครอบครัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการยากที่ครอบครัวจะทำใจให้ยอมรับได้ว่า ญาติของตนติดเชื้อโรคเอ็ดส์ที่ทุกคนกลัวและรังเกียจ และอาจส่งผลกระทบด้านจิตใจกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเองอาจได้รับข้อมูลหรือมีประสบการณ์การพบเห็นสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั่วไปของครอบครัว โดยอาจต้องขายบ้านหรืออพยพไปอยู่ที่อื่นเพราะคนในหมู่บ้านตั้งข้อรังเกียจเมื่อเห็นหรือรู้ว่าเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเอ็ดส์ หรืออาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ อาจทำให้ต้องเปลี่ยนอาชีพอันเนื่องจากการรังเกียจซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะการมีอาชีพทำให้นुकลยอมรับได้ว่าเป็นคนมีคุณค่า การถูกปรับเปลี่ยนอาชีพหรือต้องหยุดทำงานทำให้สภาพทางสังคมและคุณค่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์สูญหายไป ในอีกประเด็นการมาดูแลสุขภาพที่บ้านอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ต้องหยุดทำงานเพื่อรอเจ้าหน้าที่มายเยี่ยม ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้หรือส่งผลกระทบต่ออาชีพที่ทำอยู่

“ไม่ยากให้มาหอรอกหว่างแม่ อะไรที่มันจะเกิดกับผมไม่เป็นอะไร ผมยอมรับได้ แต่ถ้าเจ้าหน้าที่มาที่บ้านและแม่ผมเกิดถามและเกิดรู้ว่าเราเป็นเอ็ดส์ แม่คงช็อค เพราะแม่แก่มากแล้ว”
(คนที่ 1)

“ทุกคนในบ้านรู้หมดว่าผมเป็นไม่จำเป็นต้องปิดบังอะไร แต่ตอนนี้ต้องทำงานเลี้ยงปากท้องไปด้วยจะมามีความคิดถึงแต่เรื่องของตัวเองว่าต้องดูแล ต้องรอให้หมอมาดูแลที่บ้านก็จะไม่มีกิน เราต้องออกไปทำงาน(ก่อสร้าง)นอกบ้านทุกวัน ถ้าหมอไปเยี่ยม จะไม่เจอ ถ้าจะรอให้มาเยี่ยมก็ต้องหยุดงาน”
(คนที่ 4)

“คนที่เขาบริหารแบบนี้ คงไม่มีใครอยากให้เยี่ยม มันกระทบหลายด้านนะ หน้าที่การงานก็ไม่ใช่น้อย ทุกวันที่เป็นก็ไม่เคยบอกใคร คิดว่าดูแลตัวเองได้พอสมควร”
(คนที่ 11)

“ตอนที่ที่บ้านรู้ แต่คนอื่นไม่รู้ หมอเข้าใจไหม ถ้าเขารู้ คงไม่มีใครอยากมาซื้อของที่บ้าน”
(คนที่ 3)

ลักษณะการรับรู้และการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นสวนสำคัญในการตัดสินใจยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพนั้น การพิจารณายอมรับบริการนอกขึ้นอยู่กับการรับรู้และการให้ความหมาย แต่ยังคงพบว่ามีเงื่อนไขและบริบทอื่นที่ช่วยให้เกิดการตัดสินใจยอมรับได้

เงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการศึกษา การตัดสินใจยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน มีเงื่อนไขและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายและเกิดการตัดสินใจเลือกรับบริการดังนี้

การเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายอาจไม่ปรากฏอาการใดๆเลยโดยที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการแสดงของโรคเด่นชัดขึ้น เช่น อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรัง หรืออาจมีเชื้อราในช่องปาก เมื่อเข้าระยะเอดส์เต็มขั้นจะเริ่มมีอาการรุนแรงและมีอัตราตายสูงกว่าการติดเชื้อในระยะอื่น โดยทั่วไปพฤติกรรมกรรมการรักษาจะเกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น มีอาการแสดงออกทางร่างกายชัดเจน สภาพร่างกายไม่ปกติเหมือนเดิม บุคคลจะเกิดการแก้ไขอาการเจ็บป่วย จากการศึกษาจะเห็นได้ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้ติดเชื้อไม่มีอาการเจ็บป่วยจะให้ความหมายของการให้บริการสุขภาพที่บ้านว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักเท่านั้น หรือในครั้งแรกที่มีการรับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่เมื่อมีอาการของโรครุนแรงได้เข้ามาขอรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือแม้บางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เองให้ความหมายการดูแลสุขภาพไปในแง่ก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากรูปแบบที่เปิดเผยความลับที่ตนเองต้องการปกปิดทำให้ผู้อื่นรู้ว่าเป็นเอดส์ แต่ด้วยสภาพร่างกายที่มีโรครุนแรงอยู่ตลอดเวลาทำให้ต้องยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

“ตอนแรกไม่ยอมให้หมอมาเพราะยังคิดว่าอาจไม่เป็นอะไรมาก คิดว่าเพิ่งเริ่มเป็นยังไม่ต้องทำอะไร อีกอย่างอายุคนแถวบ้านด้วยกลัวเขารู้ว่าเราเป็นอะไร ตอนหลังป่วยบ่อยมากไปไหนไม่ค่อยไหว ต้องขอให้หมอมาช่วยดูที่บ้าน”

(คนที่ 6)

‘เชื่อว่าทุกคนคงไม่อยากให้ใครรู้จนวินาทีสุดท้าย การเลือกเปิดเผยว่าตัวเองติดเชื่อไม่ได้ หมายความว่าเขายากเปิด บางคนถูกคาดหวังให้ตอบว่าเป็นทั้งที่ไม่เต็มใจ คนที่ไม่เป็นอะไร โรงพยาบาลอย่าไปเยี่ยมเขาเลย ถ้าเป็นหนักๆมากๆควรไปดูแลเขาบ้าง’

(คนที่ 5)

กรณีผู้ให้ข้อมูลหลักคนหนึ่ง เคยรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านไประยะหนึ่ง แล้วจึงขอยุติการรับบริการ โดยให้เหตุผลไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ

“ตอนที่ให้หมอเยี่ยมเพราะเป็นช่วงหลังคลอดยังกังวลเกี่ยวกับลูก ถึงตอนนี้บอกใครก็ไม่มีการเชื่อว่าเราเป็นเพราะเรายังแข็งแรงยังสวยอยู่ ช่วงแรกบางครั้งก็ไม่แน่ใจเหมือนกันว่าเราเป็นเอดส์จริงๆหรือเปล่า จนถึงวันนี้หยุดให้หมอมายเยี่ยม 2 ปี เพราะไม่คิดว่าเป็นอะไร ตั้งแต่รู้ว่าติดเชื่อก็ไม่เคยป่วยหนักซักที ยังทำงานไหว

(คนที่ 14)

โดยที่ญาติผู้ติดเชื่อเองก็ให้ความหมายในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะเดียวกัน ที่เห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการที่เจ้าหน้าที่จะมาดูแลสุขภาพผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่ไม่มีอาการป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่บ้าน

“ตอนที่มันบอกว่ามันเป็นเอดส์ ทำอะไรไม่ถูกเลย คิดว่าเดี๋ยวมันต้องตายแน่ พอหมอมองจะมาดู ก็ให้มาดูเรื่อย จนปานนี้ไม่เคยเห็นมันเป็นอะไร ”

(ญาติคนที่ 14)

การปรับตัวหลังการติดเชื่อเอดส์

หลังจากที่ทราบวาตนเองติดเชื่อเอดส์ ผู้ติดเชื่อจะยังมีความวิตกกังวล สับสนกับตนเอง เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกมีปมต่อกว่าจะปรับตัวและเปลี่ยนการดำเนินชีวิตได้ ต้องได้รับการยอมรับจากบุคคลและสังคมรอบข้าง ในระยะแรกผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เองจะมีความวิตกกังวลกลัวคนในครอบครัวหวาดกลัวไม่ยอมรับและไม่เข้าใจตนเองแต่เมื่อคนในครอบครัวให้กำลังใจและปฏิบัติตนเหมือนเดิมผู้ติดเชื่อเอดส์จะรู้สึกสบายใจขึ้น เริ่มหาวิธีที่จะดูแลรักษาตนเอง แสวงหาความรู้ในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคต การปรับตัวของผู้ติดเชื่อเอชไอวีต้องอาศัยเวลาผู้ที่ยังปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกหวาดกลัว โกรธ มีความรู้สึกตนเองไร้ซึ่งความสามารถ มีความรู้สึกสับสนและคลุมเครือกับการเจ็บป่วยของตนเองหรือปฏิเสธการรักษา การยอมรับการให้

การบริการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมักเกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการปรับตัวได้ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์แก่ตนเองในอนาคตต่อไป

“ตอนรู้ว่าเป็น หนูลุกเดินไปบอกเขาเลย กะจะให้เขามาคุยกับหมอ กะให้เขาบอกหนูต่อหน้าหมอเลยว่าไปติดมาได้ยังไง คิดว่าจะต้องเลิกแน่ๆ ดีเขาไปหลายที พอชักหัก ค่อยกันเขา บอกว่าสงสัยเป็นตั้งแต่รุ่น ก่อนที่เขาจะได้เรา ก็ไม่ได้เลิกกันหรือคิดแล้วตั้งแต่อยู่กับเราเขาก็เป็นคนดี เขาดีเพราะแต่ก่อน อดอดมันแก้ไม่ได้ ตอนแรกๆ หนูเสียใจกินไม่ได้ น้ำหนักไม่ขึ้นจนหมอที่ฝากท้องพูดให้คิดถึงลูกในท้อง หนูถึงค่อยๆ ทำตัวใหม่ดูแลตัวเอง สนใจตัวเองมากขึ้น ทำทุกอย่างที่หมอสอน คิดอย่างเดียวอยากอยู่ให้นานที่สุด ”

(คนที่ 12)

“ช่วงแรกทีรู้ผลเลือดเสียใจมาก ไม่คิดว่าจะเป็นอย่างนี้ ไม่เชื่อผล แล้วก็ลองไปตรวจอีกหลายที เพราะคิดว่าที่โรงพยาบาลเล็กอาจผิดพลาด ผลก็เหมือนกันทุกครั้ง ตอนที่หมอบอกจะมาเยี่ยมยังไม่ได้คิดถึงตรงนั้น ยังรอว่าจะเป็นอย่างนี้หรือไม่เป็นกันแน่ ตอนหลังเริ่มอาการเป็นอะไรมากขึ้นทำให้คิดว่าหมอกงไม่โกหกเรา เราต้องดูแลตัวเองไม่ต้องไปคิดแต่เรื่องเก่า ”

(คนที่ 10)

การเปิดเผยตนเอง

ภายหลังที่ทราบว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวี สิ่งที่คุณติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ความสำคัญคือการประเมินผลที่จะตามมาของการเลือกเปิดเผยผลเลือดว่า จะนำมาซึ่งความยุ่งยากหรือไม่อย่างไร และควรเปิดเผยให้สมาชิกในครอบครัวทราบหรือเลือกเปิดเผยกับบางคน หรือการเลือกไม่เปิดเผยผลเลือดเลย ในกรณีที่ยังไม่มีการเปิดเผยตนเอง โดยเฉพาะการปิดบังคนในครอบครัวเดียวกันทำให้ไม่เกิดการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านเนื่องจากจะเป็นช่องทางการเปิดเผยตัวเองว่าเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

“กลัวว่าเวลาหมอไปเยี่ยมบ้านคนจะมามองเนื่องจากเป็นเรื่องผิดสังเกต คนจะมองและสังเกตเรามากขึ้น กลัวเขารู้ว่าเราเป็นอะไร ”

(คนที่ 9)

“เลือกที่จะปิดไม่บอกใครแม้แต่คนในบ้าน เพราะเราเป็นอ สม ถึงแม้พอมีความรู้เกี่ยวกับโรคอยู่บ้าง แต่บ้านเรายังรับไม่ได้ คนคงพูดใหญ่ว่าเป็นอ สมแล้วยังไม่ระวังปล่อยให้เอดส์

ถึงหมอจะบอกว่าเป็นความลับ ถ้าหมอจะไปดูแลที่บ้านก็ต้องบอกพี่ชายก่อนเพราะอยู่บ้านเขา ไม่งั้นเขาก็ต้องสงสัยแล้วก็ต้องรู้ว่าหมอมาทำไม'

(คนที่ 15)

การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่ครอบครัวและชุมชน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เพื่อแสวงหาแหล่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยความสนิทสนมและความใกล้ชิดเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเปิดเผย ในรายที่ปกปิดเพื่อนบ้านแต่คิดว่าบ้านของตนไม่เป็นที่สนใจ อยู่ห่างจากเพื่อนบ้าน การมาเยี่ยมไม่ทำให้ใครรู้เนื่องจากไม่มีใครพบเห็นการมาเยี่ยมก็จะยอมรับในบริการได้ง่ายขึ้น

“ตอนหลังใครถามผมไม่ปิดว่าเป็น เปิดไปเลยก็เกียจหลบๆซ່อนๆ ใครอยากคบเราก็คบ ไม่อยากคบ เราก็อไม่สนใจ สนใจแต่จะทำให้มีชีวิตอยู่นานมากกว่า การที่หมอเยี่ยมผมไม่มีปัญหา ไม่ปิดบังใครอยู่แล้ว”

(คนที่ 16)

“มีบ้านอยู่เล็กๆก็ดี ปกติก็ไม่ค่อยมีใครมาสนใจอยู่แล้ว ญาติพี่น้องอื่นๆถึงอยู่แถวนี้แต่ก็ไกลกันมีนา มีริ้กัน ถึงหมอมามากก็ไม่ค่อยมีใครรู้ว่ามา ”

(คนที่ 10)

ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพเป็นอีกเงื่อนไขที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อบุคลากรของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขและต่อลักษณะของบริการที่ได้รับจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปใช้บริการ

“ชอบหมอ หมอพูดดี ไปบ้านไม่ต้องทำอะไร แคพูดด้วยก็ดีใจแล้ว”

(คนที่ 18)

“รักษาที่นี่ดีหมอโชคชัยเก่ง ดูแลดีไม่รังเกียจเลย หมอให้ทำอะไรทำหมดแหละ ส่งมาเยี่ยมก็เยี่ยม”

(คนที่ 10)

ทางเลือกในการดูแลสุขภาพด้านอื่น

ปรากฏการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วย เอดส์ เป็นปรากฏการณ์ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการรักษา ซึ่งเป็นกระบวนการจัดการแก้ไขหรือกำจัดการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงทำให้เกิดระบบการแพทย์การรักษาที่มีความหลากหลายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

1 เลือกรักษาด้วยตนเอง

เป็นแบบแผนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ มักเลือกปฏิบัติเป็นครั้งแรกเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น เป็นช่วงที่ยังไม่แน่ใจว่าการเจ็บป่วยนั้นเกิดจากสาเหตุอะไรจึงเป็นระยะที่รอดูอาการว่าจะหายได้เองหรือไม่ ทดลองรักษาเองอาจจะหายขาดได้จากการเจ็บป่วยนั้น หรือเป็นช่วงที่สะสมข้อมูลการรักษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจ แสวงหาวิธีการรักษาวิธีใดวิธีหนึ่ง วิธีการรักษาตนเองมีหลายวิธีได้แก่ การใช้รูปแบบของการปฐมพยาบาลกันเองการใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน การซื้อยาตามร้านขายยา วิธีผสมผสานกันตามความเชื่อ ตามวิถีชีวิตที่ดำเนินการดูแลรักษาตนเองเมื่อมีการเจ็บป่วย

“ไม่ค่อยเป็นอะไรมาก ส่วนมากเป็นนิดๆหน่อยๆ ซื้อยากินเองตามร้าน พวกแก้หวัดทิฟฟีแล้วก็หายได้เอง”

(คนที่ 9)

2 เลือกรักษาในสถานบริการสาธารณสุข

การที่ไม่เลือกที่รักษาตนเองก่อนมีปัจจัยมาจากรับรู้ถึงความรุนแรง อันตรายของอาการ และรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษา ประกอบด้วยโรคที่เป็นไม่ใช่โรคพื้นบ้านไม่ใช่โรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตโดยรับรู้ว่าจะเกิดจากเชื้อโรค คือเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายและไม่มียารักษาโรคนี้ให้หายขาดได้แต่แพทย์แผนปัจจุบันสามารถรักษาโรคแทรกซ้อนนี้ได้ จึงมุ่งมารักษา หรือมีการเฝ้ารอดูอาการหรือได้ทดลองรักษาตนเองในขั้นแรกแล้วผลไม่เป็นที่น่าพอใจ การรักษาแบบนี้อาจเนื่องมาจากอาการยังไม่ดีขึ้นหรือทวิความรุนแรงมากขึ้นจึงเลือกไปรักษาที่แหล่งบริการสาธารณสุขที่ตนรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า แหล่งการแพทย์แผนปัจจุบันที่พบได้แก่ สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไขที่ทำให้เลือกใช้บริการแบบแผนนี้ คือ เนื่องด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพโดยมีบัตรสุขภาพมาใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

“เลือกรักษาที่นี่ เพราะมีบัตรทองที่นี่ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก เสียแค่ค่ารถแต่ก็ไม่มาก
เท่าไร เพราะโรงพยาบาลอยู่ใกล้”

(คนที่ 15)

3 รักษาโดยระบบการแพทย์พื้นบ้าน

เป็นแบบแผนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ไปแสวงหาการรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดย
มุ่งไปรักษาอาการเจ็บป่วยหรือมุ่งไปรักษาที่โรคเลย ผู้ที่ให้การรักษามีทั้ง พระ หมอแผนโบราณ
ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมที่ยังมีบทบาทช่วยเหลือ เป็นการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี / เอดส์ ในระดับชุมชนอีกส่วนหนึ่ง อีกด้านหนึ่งการรับรู้วาระระบบการแพทย์
สมัยใหม่ยังไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเพียงพอสำหรับโรคเอดส์ก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่มี
ส่วนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลรักษา โดยการแสวงหาการรักษาใน
รูปแบบอื่นๆ เช่นการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการใช้พิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อและค่านิยมของ
ตนเองและครอบครัว

“ตอนนี้ลองรักษาที่อุทัยธานีร่วมด้วย เขาให้ยาหม้อมากินชุดละ 500 บาท ก่อนกินต้องจุด
ธูปบูชาครูเจ้าของตำรับก่อน เขาบอกกินแล้วผิวจะไม่ดำคล้ำ บางคนเขาวัวรักษาหายขาดก็มี”

(คนที่ 8)

ค่าใช้จ่ายและการประหยัดทรัพยากร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกือบทุกรายเป็นผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ในระยะแรกที่ทราบผล
เลือดจะมุ่งไปรักษาตามแหล่งต่างๆ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการรักษา ในระยะ
หลังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลับมาใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่
ในกรณีที่บ้านอยู่ไกลสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายอาจอยู่ที่คาเดินทางเป็นจำนวนมาก โดยในขณะที่
การดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านนี้ลงไป

“เวลาเป็นมากๆเดินทางไม่ไหว มีหมอมาดูแลที่บ้าน บางครั้งรักษาโดยให้ยา ไม่ต้อง
เสียเวลาไปโรงพยาบาล เป็นมากขึ้นรถเมล์ไม่ไหว หมอเอากลับไปโรงพยาบาลด้วย เพราะที่บ้านมี
แต่เด็ก กับคนแก่ แฟนก็ขับรถไม่เป็น บ้านก็ไกล”

(คนที่ 2)

บอกเองว่ามาเยี่ยมได้ หมอจะได้ช่วยดูเรื่องลูกให้ด้วย เอานมผสมมาให้ก็จะได้ไม่ต้องไป
เอาเอง สะดวกกว่า ”

(คนที่ 7)

ความต้องการของผู้ดูแลและญาติพี่น้อง

ในกรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักจะประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไร กรณี
ต้องพึ่งพาอาศัยญาติพี่น้อง ไม่มีรายได้เลี้ยงตัว ต้องเลือกปฏิบัติตามที่ญาติจัดให้ พบในผู้ให้ข้อมูล
หลักที่มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว ส่วนที่เป็นหัวหน้าหรือผู้หาเลี้ยงครอบครัวจะไม่ค่อย
คำนึงถึงความต้องการของญาติเท่าไร

“ก่อนหน้ารักษาที่อ่างทองบ้านแพน ญาติกันเขาเคยเห็นหมอไปเยี่ยมคนอื่น บอกผมว่าหมอ
ดูแลดี หมอดีทุกคน มีมาดูแลที่บ้าน เขาบอกว่าที่อ่างทองเขาดูแลคนไข้สองคนจะเป็นภาระให้แยก
มารักษาที่บ้านเราจะดีกว่า เขาให้ย้ายมารักษาที่นี่ ตอนผมย้ายมาเขาบอกว่าให้ลองมาคุยกับคุณ
หมอที่โรงพยาบาลว่าผมเป็นโรคนี้อะไร รวมถึงเรื่องจะให้หมอมาเยี่ยมผมที่บ้าน ”

(คนที่ 17)

“ตอนกลับมาบ้านมีอาการแล้ว พวกพี่น้องเขามีทำที่ไม่ค่อยดี เขาสมน้ำหน้าที่ยากเป็นตุ๊ด
เขาให้นอนบ้านข้างๆไม่ได้ให้อยู่ในบ้านเดียวกัน ดีที่เขาคอยส่งข้าวให้ ผมก็ดูแลตัวเองไปเรื่อยเปื่อย
ญาติเขาบอกไม่รู้จะช่วยอย่างไร เขาบอกว่ามีหมอจากโรงพยาบาลมาเยี่ยมโรคแบบผม จะไปบอก
ให้หมอมาดูผมที่บ้านบ้าง ผมก็ว่าแล้วแต่เขา แล้วก็พาผมไปตรวจครั้งหนึ่งที่โรงพยาบาล หลังจาก
นั้นหมอก็เป็นคนมาดูผมตลอด ”

(คนที่ 18)

จากการศึกษาการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
พบว่าการรับรู้และการให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายลักษณะตามความรู้ความ
เข้าใจและความแตกต่างของแต่ละบุคคลโดยแต่ละบุคคลมีเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องที่ล้วนมี
ความสำคัญในการตัดสินใจในการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน บุคลากรในฐานะผู้ให้บริการเองหาก
ทราบเงื่อนไขจำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการตัดสินใจไม่รับบริการก็จะยอมรับและ
เกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมถึงพยายามหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมมาให้บริการก็จะเป็น
ประโยชน์อย่างสูงในการช่วยเหลือเกื้อกูลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง"การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษาอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี" มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน กระบวนการให้ความหมายที่มีต่อการดูแลสุขภาพที่บ้าน ตลอดจนเงื่อนไขและบริบทที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้และกระบวนการให้ความหมายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและเป็นแนวทางในการวางแผนและหาวิธีการที่เหมาะสมในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รายอื่นๆ

สรุปผลการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 18 คน การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับญาติ และคนในชุมชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 6 คนแสดงให้เห็นว่า โรคเอดส์เป็นโรคประจำตัวที่รักษาไม่หายต้องดูแลรักษาไปตลอดชีวิต มีรูปแบบการบริการหนึ่งซึ่งเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่จัดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ คือการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นงานสาธารณสุขเชิงรุกมุ่งเน้นบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากเป็นการดูแลรักษาแล้วยังเป็นบริการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อสามารถบำรุงรักษาสุขภาพตนเองยืดระยะเวลาก่อนเกิดอาการเจ็บป่วยออกไปให้นานที่สุด การให้บริการจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับ การยอมรับบริการนั้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะมีการรับรู้และให้ความหมาย โดยใช้ประสบการณ์และเงื่อนไขอื่นๆที่เกี่ยวข้องประเมินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แล้วจึงตัดสินใจเลือกรับบริการ/ ซึ่งขอเสนอรายละเอียดดังนี้

ประการแรก การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การรับรู้ว่ามีบริการดูแลสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเป็นเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้เลือกในการรับบริการดูแลสุขภาพ การรับรู้การให้

ให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการรับรู้ตามแหล่งที่มา จากการศึกษาพบว่าการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์นั้น มี 4 ลักษณะ คือ

1 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากบุคลากรสาธารณสุข

การรับรู้การดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จะรับรู้ผ่านบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ารับบริการ โดยเฉพาะสถานบริการสาธารณสุขที่มีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเมื่อเข้ารับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อให้ความรู้และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สามารถดำรงชีวิตร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ได้ แต่ลักษณะของโรคที่รักษาไม่หายและมีโรคแทรกซ้อนมาก การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยวิธีการติดตามเยี่ยมประเมินอาการและแก้ไขสภาวะสุขภาพที่บ้านจะถูกเสนอให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยบุคลากรทางสาธารณสุขอีกทางหนึ่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับการแนะนำบริการดูแลสุขภาพที่บ้านในครั้งแรกของการเข้ารับบริการในสถานบริการเท่านั้น ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บุคลากรสาธารณสุขจะมีการประเมินสภาพและความเหมาะสมในการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เสมอ เมื่อเห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการที่สมควรได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะมีการให้คำแนะนำหรือสอบถามความต้องการการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านอีกครั้งเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ใช้ข้อมูลที่ได้รับประกอบการตัดสินใจรับบริการ สอดคล้องกับยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ(2534) ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบทส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลข่าวสารจากผู้ที่อยู่ในกลุ่มอาชีพสาธารณสุข เช่นกัน

2 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากสังคมแบบสอดส่อง การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเป็นการที่เจ้าหน้าที่ได้สอนและทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หรือและญาติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และมีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการดูแลสุขภาพเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ดุฉิดปกติจากการดำเนินชีวิตทั่วไป โดยรูปแบบการเยี่ยมที่แตกต่างกับโรคอื่นๆ การไปดูแลทำเฉพาะวัน ทำเฉพาะบ้านหรือเฉพาะคน ซึ่งชาวบ้านหรือคนอื่นในชุมชนอาจสังเกตเห็นได้ อีกทั้งเป็นการให้บริการในรูปแบบที่เปิดเผย เนื่องจากมีการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุข ในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่จริง การเยี่ยมทำแบบเปิดเผยต่อญาติซึ่งบางครั้งญาติเองเป็นผู้กระจายข่าว ทำให้สังคมรอบข้างทราบถึงรูปแบบและวิธีการการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน และพบว่าในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกัน เช่นบ้านที่เป็นเขตเทศบาลจะพอทราบว่าใครเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนของตน จากการพบเห็นการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมกับการประเมินอาการและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบว่ามีการสาธารณสุขมาให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน แต่ในสภาพชุมชนที่บ้านเรือนห่างไกลกันจะไม่ได้ให้ความ

สนใจสอดคล้องการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพราะเป็นการยากที่จะคอยสังเกตเนื่องจากบ้าน เรือนอยู่ห่างกันและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันน้อย

3 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากประสบการณ์ของตนเอง

เนื่องจากวิธีการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านมีข้อจำกัดต้องกระทำอย่างเปิดเผย เนื่องจาก ไม่สามารถเลือกผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมของเขาได้ บุคคลอื่นสามารถรับรู้และพบเห็นการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้ หรือบางรายเคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ บ้านมาแล้วเช่นมีบุคคลใกล้ชิดเช่นญาติ หรือคู่สมรสเป็นผู้รับบริการดูแลสุขภาพ ซึ่งประสบการณ์ ในลักษณะนี้ ทำให้เห็นตัวอย่างรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างแท้จริง และทำให้เกิด การเลือกที่จะเลือกตัดสินใจรับบริการ

4 การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากญาติพี่น้อง

ครอบครัวจำนวนมากไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริงนี้ได้ เนื่องจากความ ไม่รู้ในเรื่องโรคเอดส์ ก่อให้เกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผลการ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไปสู่นักสาธารณสุข เมื่อทราบว่ามี การให้บริการดูแลสุขภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านก็จะติดต่อให้มาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ขณะ เดียวกันก็มีครอบครัวอีกเป็นจำนวนมากที่พอจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ยังคงอ้าแขนต้อนรับ สมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์กลับเข้ามาอยู่ในบ้าน เนื่องจากยังคงความเหนียวแน่นของสาย ใยเครือญาติ รวมถึงมีความหวังที่จะรักษาดูแลสมาชิกของตนเองให้บรรเทาจากโรคร้ายนี้ ญาติ พี่น้องจะหาข้อมูลโดยมีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เพื่อใช้ข้อมูลนั้นเพื่อบรรเทาหรือแก้ปัญหาการเจ็บ ป่วยทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน ที่ญาติพี่น้องถือว่าเป็นบริการที่จะเป็นประโยชน์มากจะถูกถ่ายทอดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เกิดการเลือกตัดสินใจรับบริการนั้น

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าสวนมากรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจากบุคลากรสาธารณสุข ในบางรายมีการรับรู้จากหลายแหล่งที่มา โดยผู้ติดเชื้อจะนำการรับรู้ที่ได้มาประเมินและเป็น แนวทางในการคิดให้ความหมายเกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านรวมถึงการตัดสินใจใน อนาคตว่าจะรับบริการนั้นหรือไม่ต่อไป ซึ่งการศึกษาของศิวาลัย สุภร์เขตร (2544) พบว่า เมื่อ เกิดเจ็บป่วยผู้ตอบคำถาม มีวิธีตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการรักษา คือ มีการพิจารณาและประเมิน ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากประสบการณ์ของตนเอง และประเมินจากการบอกเล่าของบุคคลอื่น

ประการที่สอง กระบวนการให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน

สิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะกระทำภายหลังการรับรู้ว่ามี การให้บริการดูแลสุขภาพที่ บ้านคือการให้ความหมายกับการให้บริการดูแลสุขภาพ มีการประเมินว่าบริการการดูแลสุขภาพที่ บ้านนั้นจะมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่หรือความสบายของตนเองอย่างไร และจะส่งผลอย่างไร ต่อตนเอง ครอบครัวและภาระรับผิดชอบในอนาคต ตลอดจนประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ของตนเอง

และหาทางเลือกในการรับบริการนั้น จากการศึกษาจัดการให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ออกเป็น 2 ประเด็น

1 การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดผลดีต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คาดหวังว่าการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะก่อให้เกิดผลดี และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านต่าง ๆ คือ

1.1 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ให้ความหมายของการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีเงื่อนไขในการรักษามากมายอีกทั้งยังไม่มียารักษาให้หายขาด มีการดำเนินโรครที่ยาวนาน พบโรคฉวยโอกาสจำนวนมากที่เป็นสาเหตุการป่วย จำเป็นต้องดูแลรักษาตัวเองอยู่ตลอดเวลา ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่จึงเป็นความต้องการเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ เช่น ความต้องการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรในวิชาชีพ ต้องการได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การต้องการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ความต้องการยารักษาและผู้ดูแลขณะเจ็บป่วย การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงเป็นวิธีที่ช่วยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและช่วยให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการสอนอย่างใกล้ชิดถึงที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของอดิศักดิ์ ภูมิลิพิเศษ (2537) ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้และการปฏิบัติตัว และแบบแบบสังเกต ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการดูแลตัวเองก่อนเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับต่ำ แต่หลังจากเยี่ยมบ้าน มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก

1.2 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การเป็นโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการช่วยตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหา ด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการที่บุคลากรสาธารณสุขเยี่ยม มาพูดคุย ถือเป็น การสร้างความหวังกำลังใจ ในรายที่ครอบครัวยังมีความไม่เข้าใจและรังเกียจ บุคลากรสาธารณสุขยังเป็นผู้สร้างความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันระหว่างคนในครอบครัวและผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อีกด้วย

1.3 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระญาติผู้ดูแล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จะเริ่มมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลงตามการดำเนินของโรค สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ดูแล การที่บุคลากรให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้ครอบครัวลดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาอื่น ลดภาระในการพาไปรักษาในสถานบริการสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุขยังช่วยให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน เช่น การทำแผล หรือให้ยารักษาตามอาการได้

1.4 บริการดูแลสุขภาพที่บ้านช่วยเหลือและตอบสนองความจำเป็นด้านอื่น ๆ

การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านนอกเหนือจะเป็นการช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังให้ความหมายการให้บริการสุขภาพที่บ้านเป็นการช่วยเหลือและตอบสนองความจำเป็นด้านอื่น ๆ เช่น บุตรของมารดาหลังคลอดที่ติดเชื่อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับนมผสม การไปให้บริการดูแลสุขภาพมารดาที่บ้าน บุคลากรทางสาธารณสุขจึงนำนมผสมไปมอบให้เด็กทำให้มารดาไม่ต้องเสียเวลาเดินทางมาโรงพยาบาลทำให้ความต้องการนั้นได้รับตอบสนองไปด้วย หรือกรณีที่บุคลากรทางสาธารณสุขไปให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านแล้วพบว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไปให้บริการมีอาการรุนแรงไม่สามารถรักษาเยียวยาที่บ้านได้ ก็จะนำผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลมารักษาด้วย โดยญาติและผู้ป่วยไม่ต้องลำบากในการไปหารถเพื่อนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาล นอกจากนี้ปัญหาอื่นๆที่ไปพบแล้วบุคลากรทางสาธารณสุขไม่สามารถแก้ไขได้ ก็จะทำหน้าที่ประสานและส่งต่อตามความเหมาะสมต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับเกียรติกุล ณ อยุธยา และจิราภรณ์ ยาชมภู (2543 : 94) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื่อเอดส์ในชุมชนประเทศไทยพบว่านอกเหนือจากความต้องการด้านสุขภาพแล้ว ผู้ติดเชื่อที่ไม่มีอาการและผู้ติดเชื่อมีอาการส่วนใหญ่ยังมีความต้องการเพิ่มเติมในด้านสังคม-เศรษฐกิจ โดยเฉพาะในเรื่องเงิน อาชีพและการศึกษาของบุตร และการศึกษาของกุลธิดา กุลไชยวรรณและคณะ(2539) ที่ศึกษาการได้รับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื่อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในจังหวัดลำปางพบว่ามีความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 74.7 เนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่

การให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าก่อให้เกิดผลดีทั้ง 4 ข้อนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ สุวรรณเทพ (2545) ที่ได้ศึกษาประสบการณ์การให้การดูแลสุขภาพและการได้รับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในจังหวัดสงขลา โดยใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติก โดยพยาบาลผู้ดูแลได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ใน 4 ลักษณะ คือ 1) เป็นการดูแลที่มีญาติพี่น้องอยู่ใกล้เหมือนเป็นที่พึ่ง 2) เป็นการเพิ่มพลังใจ 3) เป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) เป็นการช่วยเหลือทางกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ และมีทแฮมและบาร์เนท(Beedham, Barnett 1995) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพและความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ ในผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 85 คน พบว่ามีความต้องการหลายด้านคือ ความต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ความต้องการด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และมีความต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ส่วนความต้องการด้านจิตใจต้องการการการสนับสนุนทางอารมณ์จากเพื่อน ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2 การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นภาระก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ติดเชื่อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื่อมองปัญหาโรคเอดส์ในปัจจุบันยังติดอยู่กับการตีตรา ให้ความหมายโรคเอดส์เป็นที่น่ารังเกียจ น่ากลัว เป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม ผู้ติดเชื่อเอชไอวีจะประเมินการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการเปิดเผยตนเอง และนำความยุ่งยากมาให้ ดังนี้

21 เป็นช่องทางทำให้คนอื่นทราบว่าเป็นโรคเอดส์ การมีเจ้าหน้าที่ไปให้บริการดูแลเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ทำให้ผู้ติดเชื้อให้ความหมายว่าเป็นที่ผิดปกติจากการดำเนินชีวิตทั่วไป อีกทั้งรูปแบบการการเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขทำโดยเปิดเผยทำเฉพาะคน เฉพาะวัน ซึ่งชาวบ้านหรือคนในชุมชนอาจสังเกตเห็นได้ มีการไต่ถาม รวมถึงวิพากษ์วิจารณ์ผู้อื่นและนำไปสู่การสืบพบหรือค้นหาได้ว่าผู้รับบริการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ยิ่งถ้าบ้านที่ให้บริการอยู่ในชุมชนจะเป็นที่สังเกตมาก แต่บ้านที่อยู่ห่างไกลเพื่อนบ้านอาจให้ความสนใจน้อยหรือไม่สังเกตเห็น

22 เป็นการก่อให้เกิดปัญหา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ประเมินว่าการมาเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นการทำให้สถานการณ์และความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นการยากที่ครอบครัวจะทำใจให้ยอมรับได้ว่า ญาติของตนติดเชื้อโรคเอดส์ที่ทุกคนกลัวและรังเกียจ และอาจส่งผลกระทบด้านจิตใจกับครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเองอาจได้รับข้อมูลหรือมีประสบการณ์การพบเห็นสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตทั่วไปของครอบครัว โดยอาจต้องขายบ้านหรืออพยพไปอยู่ที่อื่นเพราะคนในหมู่บ้านตั้งข้อรังเกียจ เมื่อเห็นหรือรู้ว่าเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเพื่อนบ้านที่เป็นโรคเอดส์ โดยสวาท กรศิริลักษณ์ (2544) ได้ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในมิติของประชาชนในชุมชนและมิติของผู้ป่วยเอดส์เขตชายแดนภาคใต้ พบว่าปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนคือ ประชาชนไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ อาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ อาจทำให้ต้องเปลี่ยนอาชีพอันเนื่องจากการรังเกียจ ในอีกประเด็นการมาดูแลสุขภาพที่บ้านอาจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต้องหยุดทำงานเพื่อรอเจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้หรือส่งผลกระทบต่ออาชีพที่ทำอยู่

การให้ความหมายการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการก่อให้เกิดปัญหานั้นมาจากโรคที่เป็นสัญลักษณ์ของตราบาป คนทั่วไปยังมีอคติเข้าใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือคนประพฤติไม่ดีหรือประพฤติผิดศีลธรรม เกิดปัญหาด้านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สอดคล้องกับการการศึกษาของจิราพร จิระสถิตย์ (2542) ที่พบว่า การตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีอยู่ในครอบครัวและสังคมไทย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม รู้สึกขาดความรักการดูแลเอาใจใส่ เกิดปัญหาด้านจิตใจและสังคมในที่สุด

ประการที่สาม เจื่อนใจและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การตัดสินใจยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน มีเจื่อนใจและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการให้ความหมายและเกิดการตัดสินใจเลือกรับบริการ ดังนี้

1 การเจ็บป่วยและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความรู้และทัศนคติไม่ดีเกี่ยวกับโรคจะทำให้ไม่อยากรักษาไม่ยอมรับบริการด้านสาธารณสุขใดๆ เนื่องจากไม่มีวันหาย บางคนมีความเห็นว่าการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีอาการหนักเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับพอร์เตอร์และคณะ (1993) ศึกษา

ปัจจัยที่อิทธิพลต่อการขาดการระมัดระวังสุขภาพของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีอาการแสดงของโรคเอดส์จะไม่มีควมระมัดระวังสุขภาพมีการป้องกันโรคน้อยกว่า ส่งผลให้มีระยะเวลาในการเป็นโรคเอดส์เร็วกว่า แต่ขัดแย้งกับเวทซ์(1989) ที่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพในชายผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 23 ราย โดยการติดตามสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 23 ราย พบว่าเมื่อเวลาผ่านไปและเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกว่าหมดหนทาง ทำให้หมดกำลังใจและไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรเพื่อตนเองอีกต่อไป รู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำไปนั้นไม่มีประโยชน์หรือไม่แน่ใจว่าจะมีประโยชน์ต่อไป แต่กับผู้ที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมากนักจะมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองต่อไป

อาจมีในครั้งแรกที่มีการรับบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน แต่เมื่อมีอาการของโรครุนแรงได้เข้ามาขอรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือแม้บางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เองให้ความหมายการดูแลสุขภาพไปในแง่ก่อให้เกิดปัญหา เนื่องจากรูปแบบที่เปิดเผยความลับที่ตนเองต้องการปกปิดทำให้ผู้อื่นรู้ว่าเป็นเอดส์ แต่ด้วยสภาพร่างกายที่มีโรครุมเร้าอยู่ตลอดเวลาทำให้ต้องยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน สอดคล้องกับรจนา วิริยะสมบัติ (2540) ที่กล่าวถึงความต้องการดูแลเกี่ยวกับการจัดการด้านสุขภาพว่า ปัจจัยด้านสุขภาพการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการดูแลด้านสุขภาพและยังพบว่า ความรุนแรงของโรคและลักษณะการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและระดับความสามารถในการทำงานของร่างกายมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการดูแลสุขภาพ

2 การปรับตัวหลังการติดเชื้อเอดส์ในระยะแรกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เองจะมีความวิตกกังวลกลัวคนในครอบครัวหวาดกลัวไม่ยอมรับและไม่เข้าใจตนเองแต่เมื่อคนในครอบครัวให้กำลังใจและปฏิบัติตนเหมือนเดิมผู้ติดเชื้อเอดส์จะรู้สึกสบายใจขึ้น เริ่มหาวิธีที่จะดูแลรักษาตนเองแสวงหาความรู้ในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคต การปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องอาศัยเวลาผู้ที่ยังปรับตัวไม่ได้จะมีความรู้สึกหวาดกลัว โกรธ มีความรู้สึกตนเองไร้ซึ่งความสามารถ มีความรู้สึกสับสนและคลุมเครือกับการเจ็บป่วยของตนเองหรือปฏิเสธการรักษาการยอมรับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงมักเกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีการปรับตัวได้ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะเลือกวิธีการดูแลสุขภาพที่จะเป็นประโยชน์แก่ตนเองในอนาคตต่อไป ซึ่งตรงกับแนวคิดของจอห์นสันและมอร์ส(Johnson , Morse 1990) ที่ว่า การที่ผู้ป่วยยอมรับการติดเชื้อ และคงไว้ซึ่งการมีชีวิตต่อไปผู้ป่วยต้องการคำแนะนำหรือข้อมูลที่ช่วยให้ตนเรียนรู้การดูแลตนเองยอมรับข้อจำกัดในการรักษาและปรับแผนการดำเนินชีวิต

3 การเปิดเผยตนเอง ในกรณีที่ยังไม่มีการเปิดเผยตนเอง โดยเฉพาะการปิดบังคนในครอบครัวเดียวกัน เนื่องจากไม่มีสัมพันธภาพใกล้ชิดและกลัวการรังเกียจ การปกปิดสภาพการติดเชื้อไม่เปิดเผยให้ผู้ใดทราบจะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจไม่ไปรับบริการสุขภาพในช่องทางที่ถูกต้องถึงแม้จะรับรู้การบริการดูแลสุขภาพบ้านว่าเป็นบริการที่ดีต่อตนเองบางคนอาจตัดสินใจต่อสู้และตายอย่างมีเกียรติในตนเองแม้ว่าจะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดในการรักษา การศึกษาของอดิรัตน์ วัฒนไพลิน

(2539) ที่พบว่าเงื่อนไขที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยการติดเชื้อคือ สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและไว้วางใจถ้าผู้ติดเชื้อประเมินว่าเมื่อเปิดเผยการติดเชื้อจะไม่ได้รับการรังเกียจจึงเปิดเผยการติดเชื้อ ในผู้ติดเชื้อบางรายไม่มีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและไว้วางใจใครเลย จึงเป็นการปิดโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือต่อการติดเชื้อเอชไอวี

4. ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพเป็นอีกเงื่อนไขที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการ ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อบุคลากรของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณสุขและต่อลักษณะของบริการที่ได้รับจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจไปใช้บริการ

5. ทางเลือกในการดูแลสุขภาพด้านอื่น ปรากฏการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้ป่วย เอดส์ เป็นปรากฏการณ์ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมการรักษา ระบบการแพทย์การรักษาที่มีความหลากหลายทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ มีทางเลือกที่จะดูแลรักษาตนเองทางอื่น ๆ ทำให้ไม่เลือกที่จะรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านได้แก่

5.1 เลือกรักษาด้วยตนเอง เป็นแบบแผนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ มักเลือกปฏิบัติเป็นอย่างแรกเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สอดคล้องกับแอลแลน(1990) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นชายรักร่วมเพศจำนวน 11 ราย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลและการดูแลตนเองซึ่งพบว่าการดูแลรักษาตนเองเป็นวิธีแรกที่ผู้ติดเชื้อทุกคนใช้เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

5.2 เลือกรักษาในสถานบริการสาธารณสุข แหล่งการแพทย์แผนปัจจุบันที่พบได้แก่ สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไขที่ทำให้เลือกใช้บริการแบบแผนนี้ คือ เนื่องด้วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่มีหลักประกันสุขภาพโดยมีบัตรสุขภาพมาใช้บริการเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น

5.3 รักษาโดยระบบการแพทย์พื้นบ้าน เนื่องจากรับรู้วาระระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาอย่างเพียงพอสำหรับโรคเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมดูแลรักษา โดยการแสวงหาการรักษาในรูปแบบอื่นๆ เช่นการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการใช้พิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อและค่านิยมของตนเองและครอบครัว

6 ค่าใช้จ่ายและการประหยัดทรัพยากร ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกือบทุกรายเป็นผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว ในระยะแรกที่ทราบผลเลือดจะมุ่งไปรักษาตามแหล่งต่างๆ ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการรักษา ในระยะหลังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กลับมาใช้บริการในสถานพยาบาลที่มีหลักประกันสุขภาพอยู่ ในกรณีที่บ้านอยู่ไกลสถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายอาจอยู่ที่คาเดินทางเป็นจำนวนมาก โดยในขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้าน จะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในด้านนี้ลงไป

7 ความต้องการของผู้ดูแลและญาติพี่น้อง ในกรณีนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักจะประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไร กรณีต้องพึ่งพาอาศัยญาติพี่น้อง ไม่มีรายได้เลี้ยงตัวต้องเลือกปฏิบัติตามที่ญาติจัดให้ พบในผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว ส่วนที่เป็นหัวหน้าหรือผู้หาเลี้ยงครอบครัวจะไม่ค่อยคำนึงถึงความต้องการของญาติเท่าใดนัก สอดคล้อง

กับการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของสุทธิรัตน์ บุษดี(2544) ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกแบบแผนพฤติกรรมการรักษามีผลจากความเกรงใจญาติพี่น้อง การรักษาแล้วแต่ญาติพี่น้องจัดให้ เนื่องจากไม่มีรายได้เลี้ยงตัวเองไม่มีเงินไปรักษายังที่ต่าง ๆ

จากการศึกษาการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าการรับรู้และการให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลายลักษณะตามความรู้ความเข้าใจและความแตกต่างของแต่ละบุคคลโดยแต่ละบุคคลมีเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องที่ล้วนมีความสำคัญในการตัดสินใจในการรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน บุคลากรในฐานะผู้ให้บริการเองหากทราบเงื่อนไขจำเป็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการตัดสินใจไม่รับบริการก็จะยอมรับและเกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมถึงพยายามหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมมาให้บริการก็จะเป็นประโยชน์อย่างสูงในการช่วยเหลือเกื้อกูลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1 ก่อนที่จะเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ผู้วิจัยควรจะรู้ประเมินตนเอง โดยประเมินความรู้สึกว่าสามารถคลุกคลีกับสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ในระยะต่าง ๆ ได้หรือไม่ นอกจากนี้แล้ว ต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติของคนที่พบว่าตนเองติดเชื้อที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องเข้าใจถึงสภาพจิตใจของเขา

2 ความพร้อมทางด้านทักษะการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ผู้วิจัยควรฝึกทักษะการให้คำปรึกษาก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการสร้างสัมพันธภาพ และเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อ เอชไอวี / เอดส์ เนื่องด้วยในความเป็นจริงแล้วเราไม่สามารถที่จะมีบทบาทเป็นเพียงผู้วิจัยอย่างเดียวเท่านั้น เรายังมีบทบาทของความเป็นพยาบาลอยู่ในตัวผู้วิจัย พร้อมทั้งจะให้ความรู้ พร้อมทั้งจะร่วมแก้ปัญหาทั้งปัญหาจากสภาพร่างกายและร่วมแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งทักษะการพูดคุยที่ถูกต้องจะช่วยให้เราได้ข้อมูลเร็วขึ้น และได้ช่วยแก้ปัญหาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ สบายใจขึ้น

3 ในวัฒนธรรมการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะไม่เฉพาะเจาะจงรูปแบบการรักษาตามแนวคิดทางวิทยาศาสตร์เพียงแนวทางเดียว ดังนั้นทีมบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรคิดแนวทางการดูแลที่สอดคล้องสอดคล้องกับความหวัง ความเชื่อ ผสมผสานกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

5 ควรพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านในทุกโรคเพื่อไม่ให้เกิดความแบ่งแยกแตกต่าง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมในการจัดการทรัพยากร เนื่องจากในบริบทพื้นที่ที่พบอัตราส่วนบุคลากรสาธารณสุขกับประชาชนยังไม่พอเพียงเป็นอย่างมาก

4 บุคลากรที่มีสุขภาพ ไม่ควรเป็นได้เฉพาะผู้ให้การรักษาเท่านั้น ควรจะมีส่วนร่วมในทีม ที่ให้การจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะทีมของญาติพี่น้อง การกำหนดกิจกรรมในเรื่องที่ เกี่ยวข้องทางด้านการรักษาควรผสมผสานแนวคิดผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ญาติและคนในชุมชน เข้าไปด้วยกันเพราะทุกคนเกี่ยวข้องกัน

5 โรคเอดส์เป็นปัญหาของสังคมไทย ส่งผลกระทบต่อหลายด้านโดยเฉพาะความสูญเสีย ทางด้านเศรษฐกิจของประเทศที่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและ สร้างกระแสให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ที่อยู่ใน ชุมชนเดียวกัน

6 การนำเสนอรูปภาพหรือสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ควรพิจารณาให้เหมาะสม เพราะ ส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1 ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบให้เห็นภาพรวมการรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างชัดเจน

2 ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยหารูปแบบการประเมินการ ดูแลสุขภาพที่บ้านที่เหมาะสมกว่าการเยี่ยมบ้านเนื่องจากก่อให้เกิดผลกระทบมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์บางราย

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลธิดา กุไลไชยวรรณ และคณะ (2539) การศึกษาการได้รับบริการการดูแลของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านในจังหวัดลำปาง กรุงเทพฯ โรงพิมพ์อักษรพัฒนา
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2538) "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง" ในทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้ สมพันธ์ หิญชีระนันท์(บรรณาธิการ) กรุงเทพฯ เรือนแก้วการพิมพ์
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2543,กันยายน) "นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการที่ได้รับการเฝ้าระวังโรค" รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ อัดสำเนา
- กาญจนนา สิมะจาริก (2538) การศึกษาการรับรู้ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยหนักของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด วิทยานิพนธ์ พย ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เกศินี จุฑาวิจิตร (2532) การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัว วิทยานิพนธ์ นศ ม กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) สถานะสุขภาพคนไทย กรุงเทพฯ อุษากการพิมพ์
- จริยวัตร คมพัยค์ม์และคนอื่นๆ (2541) รายงานการวิจัยการรับรู้ ความต้องการและการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จิรพรรณ ไตรทิพจรัส (2540) โครงสร้างทางสังคมของโรงเรียนกับการแพร่ระบาดของยาบ้า กรณีศึกษาโรงเรียนมัธยมศึกษา อัดสำเนา
- จิราพร จิระสถิตย์ (2542) การรับรู้การถูกตีตราจากสังคมและปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวในผู้ติดเชื้อเอชไอวี วิทยานิพนธ์ สค ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- จุฬารัตน์ ศรีลิขิตานนท์ (2537) ความรู้ เจตคติ และการจัดการทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องที่บ้านของพยาบาลผู้บริหารหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม วิทยานิพนธ์ พย ม กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชวนชม สกนวัฒน์และคนอื่นๆ (2538) กลวิธีการป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รายงานการวิจัยหมายเลข15 โครงการโรคเอดส์ กรุงเทพฯ สภาวิชาชีพพยาบาลไทย
- ชัยยศ คุณานุสนธิ์ (2535,มิถุนายน) "ยาด้านไวรัสโรคเอดส์ddc" ข่าวสารโรคเอดส์ กรุงเทพฯ กองระบาดวิทยา
- _____ (2543) เอดส์ ปัญหา ผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย กรุงเทพฯ โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์

- ชัยยศ คุณานุกันต์ และคณะ (2537) "สถานการณ์ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย" วารสารโรคเอดส์
- ดวงสมร พันเสน (2539) คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อโดยครอบครัวและชุมชน กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์สุภาจำกัด
- ทรงพล หุตผาด (2540) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธโรงพยาบาลราชบุรี ปรินญาณีพันธ์ กต ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อัดสำเนา
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2536) ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์แสงแดด
- ทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ วิทยานิพนธ์ พย ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ทัศนีย์ สุวรรณเทพ (2545) ประสบการณ์การให้การดูแลของพยาบาลและการได้รับการดูแลของผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในจังหวัดสงขลา วิทยานิพนธ์ พย ม (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- นภาพร คำปุย (2543) ความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ปรินญาณีพันธ์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- นภาพรณี หะวานนท์ (2540) เอกสารคำสอนวิชา สังคมวิทยาสำหรับการพัฒนาประเทศ พม 710 กรุงเทพฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อัดสำเนา
- เบญจพร แก้วมีศรี (2534) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปรินญาณีพันธ์ วท ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
- เบญจวรรณ กำธรวัชระ (2538) การนำความคิดและทฤษฎีต่างประเทศมาใช้ศึกษาพฤติกรรมในประเทศไทย นครปฐม ภาควิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประพันธ์ ภาณุภาค (2535, 16 มิถุนายน) "ก้าวใหม่ของยาด้านไวรัสเอดส์" ข่าวสารโรคเอดส์ _____ (2539) โรคเอดส์และตัวทำนปี2539 กรุงเทพฯ โครงการโรคเอดส์สภาวิชาชีพไทยและแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ปิยวัลค์ ชุมเงิน, ร ต อ หญิง (2542) ปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปรากฏอาการ วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต โครงการสหวิทยาการ
- พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์ (2530) โรคเอดส์เค้าโครงการวิเคราะห์และแนวทางการวิจัยทางสังคม วิทยา ม ปท ม ป ป เอกสารอัดสำเนา

- พวงรัตน์ บุญญานรัตน์ และวรรณวิไล จันทราภา (2534) "ทิศทางการพัฒนาวิชาชีพ" เอกสารการสอนชุดวิชาประเด็นและแนวโน้มทางการพยาบาลหน่วยที่1-8 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ ศรีเมืองการพิมพ์
- พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537) การดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ การศึกษาเชิงคุณภาพ รายงานการศึกษาประกอบวิชาการศึกษาด้วยตนเอง(NSGR 612 Independent Study) หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปณิศจิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- พิทักษ์ อินทรวิทย์พันธ์ (2544) "นโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549" เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 11-13 กรกฎาคม 2545 เล่ม D 1-2
- ไพบุลย์ อ่อนมั่ง (2541) "พฤติกรรมสุขภาพ" เอกสารประกอบการเรียนวิชาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ไพรัส ดีสุดจิต (2532) "การติดเชื้อและการแพร่เชื้อเอดส์" เอกสารการฝึกอบรมครู ก เรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ ณ โรงพยาบาลบาราศนราดรุร อัดสำเนา
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข "ปฏิริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอดส์" ในการศึกษาปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ) นครปฐม ศูนย์ การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- มุกดา สำนวนกลาง (2534,พฤษภาคม-สิงหาคม) "การพยาบาลทางสุขภาพที่บ้าน" วารสารการพยาบาล 18
- มนัสนิตย์ บุญทรัพย์ (2536) ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน วิทยานิพนธ์ พย ม เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534) ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น ปริญญาณิพนธ์ กศ ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร อัดสำเนา
- รจนา วิริยะสมบัติ (2540) ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ วิทยานิพนธ์ พย ม (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รวีวรรณ ชินะตระกูล (2539) เทคนิคการวิจัย การวิจัยเชิงคุณภาพ กรุงเทพฯ คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าลาดกระบัง
- ลักษณะ จิตดีไพบุลย์ (2538) ความต้องการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาพย ม เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (2545) การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ กรุงเทพฯ บริษัทศรีเมืองจำกัด

- วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิมตระกูล(2538, กรกฎาคม-กันยายน) "การดูแลสุขภาพที่บ้าน" วารสารสภาการพยาบาล 13(1)
- สธญ ภูคง (2548) "การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ "เอกสารประกอบการอบรมการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- สมจิต หนูเจริญกุล (2533) การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมมาตร พรหมภักดี (2537) "ปัญหาชีวิตและการปรับตัวของชายติดเชื้อเอดส์" ในการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ) นครปฐม ศูนย์การศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทธรัตน์ บุษดี (2544) พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิทยานิพนธ์ พย ม (สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน) ขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- สุเทพ สุนทรเกสัช (2540) ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย พื้นฐานแนวความคิดทฤษฎีทางสังคมและวัฒนธรรม เชียงใหม่ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สุธีรา ฮุนตระกูล (2534) การเผชิญอันตรายของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อ HIV วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักกระบวนวิทยา (2548) สรุปสถานการณ์ โรคเอดส์ประจำวันที่ 1 มกราคม 2548 กรุงเทพฯ กระทรวงสาธารณสุข
- สุปราณี พันธุ์น้อย (2529) การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและปฏิบัติ กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสาร จำกัด
- สุภางค์ จันทวานิช (2539) วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศรีวัลย์ ศุภร์เขตร (2544) การตัดสินใจเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลของประชาชนเมืองพัทยา วิทยานิพนธ์ สค ม (สาขาสังคมศาสตร์และสาธารณสุข) กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และเกียรติคุณ เผาทรงฤทธิ์ (2542,มกราคม – มีนาคม) "ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการดูแลโดยชุมชนของจังหวัดเชียงราย " วารสารโรคติดต่อ 25(1)
- ศุภชัย ฤกษ์งามและคณะ (2535) "ต้นทุนสำหรับการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข " วารสารโรคเอดส์ 4 (4)

- สมจิตร หนูเจริญกุล (2533) การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3
กรุงเทพฯ ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุปราณี พันธุ์น้อย (2529) การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและปฏิบัติ กรุงเทพฯ บริษัทธรรมสาร
จำกัด
- เสรี พงษ์พิศ (2538) บันทึก เพื่อนชีวิตใหม่โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ
เชียงใหม่ สันติภาพพริน
- หรรษา เทียนทอง (2536) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรม
เสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ วิทยานิพนธ์ วทม กรุงเทพฯ
มหาวิทยาลัยมหิดล
- อดิรัตน์ วัฒนไพลิน (2539) อิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อกระบวนการปรับตัวของผู้
ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีแสดงอาการ การศึกษาพื้นฐานเพื่อการพัฒนาหลักสูตร ปริญญา
นิพนธ์ กศ ด กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- อรทัย หนูเจริญพรพานิช (2541) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์
ของครอบครัว วิทยานิพนธ์สค ม กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- อรอนงค์ อินทรวิจิตร และนรินทร์ กรินชัย (2543) ฮอทไลน์สายเอดส์ กรุงเทพฯ สถาบัน
จิตวิทยาฮอทไลน์ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
- อรุณรัตน์ วัฒนผลิน (2542) การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในครอบครัวไทย การศึกษากรณี
ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดสุรินทร์ วิทยานิพนธ์ สค ม (สังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข) กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยมหิดล
- Allan, J D (1990, Febreury) " Focusing on living,not dying A naturalistic study of Self –
care among seropositive gaymen " *Holistic Nursing Practice* 4
- Aggleton, Peter and other (1989) *AIDS Scientific and Social Issues* New York
Churchill livingstone
- Beedham H, Barnett JW (1995, October) "HIV and AIDS care consumers view on need
and services " *Journal of Advanced Nursing* 22
- Blumer, Herbert (1969) "The Methodological Position of Symbolic Interaction " *Symbolic
Interactionism" Perspective and Merhod* Englewood Cliffs N J ,Prentice-Hall
- Bogdan,Robert C and Sari Knopp Biklen (1992) *Qualitative Research for Education an
Introduce to Theory and Method* Boston Ally and Bacon
- Clemen-stone, S Eigsti, D G & Mcguire,S L (1987) *Comprehensive Family and Community
Health Nursing* 3rd New York Mcgraw-hill Book Company

- Flaskerud, Jacquelyn Haak and Peter J Ungvarski (1992) *HIV / AIDS A Guide To Nursing Care* 2nd ed Philadelphia W B Saunders Company
- Gochman (1988) *Health behavior Emerging Research Perspective* Newyork Plenum
- Kelman G B and Keating(1998) *Home Health Care Nursing Concepts and Practice* Philadelphia J B Lippinott Company
- Kelly, J A and J s Lawrence (1994) *The AIDS Health Crisis Psychological and Social Intervention* 3rd ed USA Plenum Press
- Kozier, Babra and Erb , Glenara(1987) *Fundamental of Nursing Concept and Procedures* 3rd ed California Addison-Wes e u
- Lewis R , Timby B K (1988) *Fundamental Skills and concepts in patient care* Philadelphia J B Lippincott 4 th End
- Morse J M and Field PA (1996) *Nursing Research the Application of Qualitative Approaches* London Chapman and Hall Packard-Helle
- Mary T ,and Lancaster,Deorah,B20 (1989, August) " A vital link in Continuity of care " *Nursing Management*
- Orem, D E (1991) *Nursing Concepts of Practice* 4 nd ed New York McGraw-Hill
- Packard-Helle, Mary T ,and Lancaster,Deorah,B (1989, August) " A vital link in Continuity of care" *Nursing Management* 20
- Phipps, W J et al (1991) *Medical – Surgical Nursing Concept and Clinical Practice* 4 th ed USA Mosby – Year Book Inc
- Porter, K et al (1993, July) " Factor associated with lack of awariness of HIV infection before diagnosis of AIDS " *Brithish American Journal* 307
- Pratt Robert J (1991) *AIDS A Strategy for Nursing Care* 3rd ed London Edward Arnold
- Robyn Rice (2001)"Home care Nursing Practice Historical Perspectives and Philosophy of care " *Home Care Nursing Practice* Missouri The University of Missouri- St Louis
- Roden J W, Taft E (1990) *Discharge planning guide for nurse* Philadelphia W B Saunders
- Rovinski, C A & Zastocki, D K (1989) *Home care A technical manual for the professional nurse* Philadelphia W B Saunders Company
- Stanhope, M & Lancaster,J (1984) *Community health nursing Process and*

Practice promotion health (2nd ed) Saint Louis The C V Mosby

WHO (1993,January),Geneva *Weekly Epidemiological* No 1

The world bank (2000,November) " Thailand 's response to AIDS Building on success,
confronting the future " *Thailand Social Monitor*

Young J C (1981) "Non Use of Phesicians Methodological Approaches, Policy
Implications and The Utility of Decision Models " *Social Science & Medicine*
Vol 15

ภาคผนวก

แนวทางการสัมภาษณ์
การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

แนวทางการสัมภาษณ์

การรับรู้การให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษา
อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

1 เริ่มการสนทนา

- บอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา
- ขออนุญาตอัดเทป

2 คำถามข้อมูลทั่วไป

- อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้
- สถานภาพ
- ลักษณะครอบครัว(เดี่ยว,ขยาย)
- สมาชิกในครอบครัว
- สถานภาพในครอบครัว

3 ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี

- คุณรู้ว่าตนเองติดเชื้อเมื่อไร รู้ได้อย่างไร
- ทันทีที่รู้ผลรู้สึกอย่างไร คุณให้ความหมายว่าโรคนี้คืออะไร มีการตรวจวินิจฉัยซ้ำหรือไม่
- คุณรู้สาเหตุของการติดเชื่อนั้นหรือไม่
- เคยรู้ข่าวเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือคนที่ติดเชื้อหรือไม่ จากที่ใด
- บุคคลที่ท่านแจ้งผลการติดเชื้อให้ทราบคนแรกคือใคร

4 การดูแลสุขภาพ

- คุณได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลเกี่ยวกับดูแลสุขภาพหรือไม่ อย่างไร จากใครบ้าง
- เมื่อเป็นโรคนี้คุณดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง
- ไปรักษาที่ไหน ด้วยการเจ็บป่วยอะไรบ้าง มีเหตุผลอะไรในการรักษาที่แหล่งนั้น การ

บริการเป็นอย่างไร

5 การรับรู้เกี่ยวกับการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

- คุณเคยรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อที่บ้านหรือไม่ รู้ได้อย่างไร และคุณรู้สึก
อย่างไรกับการดูแลนั้น

- คุณได้นำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ไปดูแลตนเองในเรื่องใดบ้าง
- คุณทราบหรือไม่ว่ามีบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ของ
โรงพยาบาล ทราบได้อย่างไร คิดอย่างไรกับบริการนั้น
- ต้องการบริการนั้นหรือไม่ เพราะอะไร
- คุณคิดว่าผู้ติดเชื้อทุกคนควรได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านหรือไม่ เพราะอะไร

- คุณตกลงรับบริการติดตามเยี่ยมบ้านนั้นหรือไม่ เพราะอะไร
- (กรณีที่คุณตกลงรับบริการแล้ว)เจ้าหน้าที่เคยมาเยี่ยมคุณกี่ครั้ง
- (กรณีที่คุณตกลงรับบริการแล้ว) เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติหรือให้การช่วยเหลืออะไรในการมาเยี่ยมคุณที่บ้านบ้าง
- (กรณีที่คุณตกลงรับบริการแล้ว) คิดว่าอยากให้มีการติดตามเยี่ยมต่อไปหรือไม่ นานสักเท่าไร
- (กรณีที่คุณตกลงรับบริการแล้ว) เคยอยากสิ้นสุดบริการหรือไม่ เพราะอะไร
- (กรณีที่คุณตกลงรับบริการแล้ว) ญาติและครอบครัวของคุณรู้สึกอย่างไรที่เจ้าหน้าที่มา

เยี่ยมและดูแลคุณที่บ้าน

- (ถ้าไม่ตกลงบริการเยี่ยมบ้าน) ถ้าไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านคุณจะดูแลตนเองอย่างไรในปัจจุบัน และอนาคต)

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวอาทิสดา ขำจิตต์
วันเดือนปีเกิด	14 พฤศจิกายน พุทธศักราช 2515
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 1/1 ถนนแสงชูโต 17 ตำบลปากแพรก อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี 10700
ตำแหน่งหน้าที่การงานที่ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 7
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์พนมทวน อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี 71140
ประวัติการศึกษา	
พ ศ 2537	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี
พ ศ 2548	วท ม (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ