

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์



นางสุทธิดา ยศหลวงผั่น

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN: 974-17-5554-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF THAI OLDER PEOPLE WITH AIDS



Mrs. Suttida Yodluangfun

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN: 974-17-5554-6

หัวข้อวิทยานิพนธ์      ประสพการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์  
โดย                              นางสุทธิดา ยศหลวงฝัน  
สาขาวิชา                      พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา              ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการ  
(พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุทธิดา ยศหลวงฝัน: ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ (LIVED EXPERIENCES OF THAI OLDER PEOPLE WITH AIDS) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 122 หน้า. ISBN 974-17-5554-6

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl Phenomenology (Koch, 1995) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการบันทึกเทป นำข้อมูลที่ได้ มาถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคลไลซี่ (Colaizzi, 1978 cite in Hollway and Wheeler, 1996)

ผลการศึกษาค้นพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ สรุปได้ 2 ประเด็นหลักคือ การรับรู้ความเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตและการปรับตัว

ประเด็นหลักเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย มีประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น คือ 1) ความรู้สึกตกใจ 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจ และ 3) ความกลัว

ประเด็นหลักเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและการปรับตัว มีประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง 7 ประเด็น คือ 1) การเก็บเรื่องไว้กับตนเอง 2) ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ 3) การดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 4) การลด/แยกตัวเองออกจากกิจกรรมทางสังคม 5) การทำใจยอมรับ 6) การหาที่พึ่งทางใจ และ 7) ความต้องการเกี่ยวกับการดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์มากขึ้น เกิดความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย การดำเนินชีวิตและการปรับตัว เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์และเป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาล ในการพัฒนาการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....      ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2546.....      ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

≠ 4477615236 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : LIVED EXPERIENCES / PHENOMENOLOGY / OLDER PEOPLE / AIDS

SUTTIDA YODLUNGFUN : LIVED EXPERIENCES OF THAI OLDER PEOPLE WITH AIDS. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D. 122 pp. ISBN 974-17-5554-6

The purpose of this study was to discover lived experiences of Thai older people with AIDS. A qualitative research method of Husserl Phenomenology (Koch, 1995) was applied as a methodology of this study. The key informants were 8 Thai elderly people with AIDS, who lived in Cheingrai and Payao province. Data were collected by in-depth interview. The interviews were tape-recorded and transcribed verbatim. The Colaizzi's (Colaizzi, 1978 cite in Hollway and Wheeler) method was applied for data analysis.

The findings revealed that lived experiences of Thai older people with AIDS could be divided into two major themes, which are "Perception of illness" and "Daily living and adaptation".

The perception of illness comprised with three themes which are: 1) frightened 2) uncertainty and 3) fear

The theme for the daily living and adaptation major theme, seven themes were emerged. These themes are: 1) keeping it secret 2) family knowing truth and giving helps 3) increasing self-care 4) decrease/separate from social activity 5) acceptance 6) seeking for psychological support and 7) needs for caring

This study provided better understanding of lived experiences of Thai older people with AIDS. regarding perception of illness, daily living, and adaptation. In addition, the study will be useful for implication for nursing practices and nursing research to improving holistic nursing care.

Field of study.....Nursing Science.....

Student 's signature.....

Academic year..... 2003.....

Advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างยิ่งของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความรัก ความห่วงใยและเอาใจใส่เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โททานนท์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ พันตรีหญิง ดร.วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ช่วยประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรมสั่งสอนและชี้แนวทางที่ถูกต้อง ตลอดระยะเวลาของการศึกษา ด้วยความเมตตากรุณาเป็นอย่างยิ่ง

กราบขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ของจังหวัดเชียงรายและพะเยา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ แพทย์หญิงเรณู ศรีสมิตและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คุณวิไล อำนวยรัตน์ ที่อนุญาตและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสศึกษาต่อ

กราบขอบพระคุณ ผู้สูงอายุทั้ง 8 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีคุณค่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้หากปราศจากท่านเหล่านี้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้คงไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้

สุดท้ายนี้กราบขอบพระคุณ ทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และเป็นแรงใจในการศึกษา รวมทั้งเพื่อนๆ พี่น้องๆ ร่วมรุ่น ที่ดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดเวลาที่ศึกษา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	8
ทฤษฎีว่าด้วยความสูงอายุ.....	8
การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ.....	11
ความต้องการของผู้สูงอายุ.....	14
แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์.....	15
สถานการณ์ของโรคเอดส์ในประเทศไทย.....	15
ความหมายของโรคเอดส์.....	16
พยาธิสภาพของโรคเอดส์.....	18
ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรค.....	20
ผลกระทบของโรคเอดส์.....	21
ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยเอดส์.....	24
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	29

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา.....	29
ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	31
หลักสำคัญของขั้นตอนและวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	33
การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ.....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
สรุปบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ.....	50
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
การตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัย.....	51
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย.....	53
5 การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปและอภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	88
รายการอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.....	99
คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	100
แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	102
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล.....	105
แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	107
การบันทึกภาคสนาม.....	108
แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ.....	109
ภาคผนวก ข.....	110
ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป.....	111
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	119



สารบัญตาราง

	หน้า
1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	53
2 สรุปข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	55



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1. ภาพแสดงประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์..... 77



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคเอดส์เป็นปัญหาที่ทั่วโลกกำลังเผชิญ โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว คุณภาพชีวิตของประชากรโลก ทุกเพศ ทุกวัย นับแต่มีรายงานการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2524 ข้อมูลสถานการณ์เอดส์ของโลก จากการรายงานของ UNAIDS ประมาณว่าสิ้นปี ค.ศ. 2003 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์ทั้งสิ้น 40 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ 37 ล้านคน และเด็ก 2.5 ล้านคน (UNAIDS, 2004) ในบรรดาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา และพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อยังคงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของกองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้เพิ่มจำนวนขึ้นตามลำดับกล่าวคือ มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 319,726 รายและมีผู้เสียชีวิต 73,593 ราย พบว่าการติดเชื้อมีสาเหตุมาจาก การมีเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดาและการได้รับเลือด ตามลำดับ ส่วนอายุพบได้ทุกกลุ่ม ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี อุบัติการณ์ของการติดเชื้อของเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2:1 นอกจากนี้พบว่าปัญหาการแพร่ระบาดของรุนแรงมากในภาคเหนือของประเทศโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูนและแม่ฮ่องสอน (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) จะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคเอดส์ได้แพร่เข้าสู่กลุ่มคนในสังคม โดยไม่จำกัดอายุ เพศ และชนชั้น

ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่ง ที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จากรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2547) จำแนกผู้ป่วยเอดส์ตามกลุ่มอายุ รายปีและตามปีที่เริ่มป่วย พบว่าในปี พ.ศ.2533 มีรายงานผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเอดส์จำนวน 3 คน ปี พ.ศ. 2534 มีจำนวน 13 คน ปี พ.ศ. 2535 มีจำนวน 43 คน และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุรายใหม่ที่เป็นโรคเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนสูงถึง 327 คน สรุปยอดรวมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2533 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 มี

จำนวนทั้งสิ้น 3,010 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 970 คน (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547)

กลุ่มผู้สูงอายุ ถูกมองข้ามว่าไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ซึ่งการมองข้ามดังกล่าวเกิดจากความเชื่อที่ว่า โรคเอดส์เป็นกับคนในวัยหนุ่มสาวและผู้ป่วยจะไม่มีอายุยืนยาวเข้าสู่วัยสูงอายุ กอปรกับความเชื่อที่ว่า ผู้สูงอายุไม่มีความต้องการทางเพศหรือไม่มีความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีการมองข้ามการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้สูงอายุ (สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540) แต่จากการศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย (สมาคมนักประชากรไทย, 2542) พบว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงยังมีความต้องการทางเพศ แม้ว่าความต้องการทางเพศและสมรรถภาพทางเพศลดลง โดยที่ผู้สูงอายุเพศชายยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ในขณะที่ภรรยาไม่ต้องการร่วมเพศ เพื่อนำการร่วมเพศ ทรรศนะนี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการและความคาดหวังระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงต่อการร่วมเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ ของผู้สูงอายุ และคู่สมรส รวมทั้งครอบครัวได้ อาจก่อให้เกิดความเครียด นำไปสู่การใช้บริการทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสได้ UNAIDS (2002) ได้รายงานว่าปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้สูงอายุคล้ายกับในกลุ่มอื่นคือการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมความเสี่ยงคือ ไม่มีการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับคนหลายคน การใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากไม่ต้องกังวลต่อการตั้งครรภ์ จึงไม่มีการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงภาวะร่างกาย เช่น ผนังช่องคลอดบางลง น้ำหล่อลื่นช่องคลอดลดลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทำให้ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องคลอดได้ง่าย โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจึงเพิ่มสูงขึ้น (UNAIDS, 2002)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นวัยที่ประสบปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง และสมรรถภาพที่เสื่อมถอยจะปรากฏมากขึ้นในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ดังนั้นจึงมักพบว่าผู้สูงอายุมีโรคหรือปัญหาหลายอย่างในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่า สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย อวัยวะต่างๆ จะเริ่มถดถอยลงเป็นลำดับ โดยเฉพาะสมรรถภาพสำรอง การถดถอยของสมรรถภาพจะเกิดค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 70-80 ปี หากเกิดโรคหรือมีปัญหาด้านสุขภาพขึ้นโดยเฉพาะโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพและเข้าสู่ระยะพึ่งพามากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เช่นระบบภูมิคุ้มกันพบว่าต่อมธัยมัส (Thymus) จะฝ่อลงซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีลดลงทำให้โอกาสติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในวัยสูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตสังคม ส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยก่อให้เกิดความรู้สึกต่างๆที่กระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ กล่าวคือผลจากการที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทำให้รายได้ลดน้อยลง การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและชุมชนลง (บรรลู่ ศิริพานิช, 2542) ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ นอกจากนี้เกิดความรู้สึกเหงา เกิดความรู้สึกเศร้าใจ เนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือใกล้ชิด เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในจิตใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูญเสียบทบาทในครอบครัวหรือการสูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุขโดยจะนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่นอย่างซ้ำๆและเกิดการถดถอยของความมั่นใจในตนเอง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้ออวัยวะที่พบบ่อยได้แก่ วัณโรค เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ โรคปอดอักเสบ และยังก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อเซลล์ของระบบน้ำเหลือง ประสาทส่วนกลาง ทางเดินอาหารและผิวหนังได้โดยตรง (ยงค์ วงศ์รุ่งเรือง, 2541) ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดทรมานทุกซักระมาณ ตลอดเวลาที่เผชิญอยู่กับโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรคดำเนินไปจนถึงอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น UNAIDS (2002) รายงานว่าอายุที่มากขึ้น ทำให้ความก้าวหน้าของโรคเอดส์ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและระดับ CD<sub>4</sub> ที่ต่ำลงจะตอบสนองต่อการรักษาลดลงและจากสภาพความสูงอายุทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนจากโรคเอดส์รุนแรงขึ้น

ผลกระทบทางด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยตามมา กล่าวคือมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ซึ่งยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆของโรคและความตายที่กำลังใกล้เข้ามา เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ไม่รู้ว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าไร ไม่สามารถกำหนดแผนการต่างๆในอนาคตได้ นอกจากนี้ต้องเผชิญกับปฏิกิริยาจากสังคมที่แสดงความรังเกียจและได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้อื่น (Suwisith, 1996) ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลงมีความรู้สึกผิด สิ้นหวัง บางคนมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกโกรธตัวเองและผู้อื่น (Bruhn, 1994) ปัญหาที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตสังคมที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นับว่าเป็นวิกฤติที่ร้ายแรงของชีวิต ต้องปรับตัวและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้อยู่ในสังคมได้และที่สำคัญถ้าปัญหานี้เกิดในกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาที่เพิ่มทวีคูณขึ้นไปอีก

สังคมให้ความเคารพนับถือยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์ เป็นผู้ที่ประพฤติตัวเหมาะสม เป็นคนดีอยู่ในศีลธรรม เมื่อต้องมาเผชิญปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ ย่อมส่งผลกระทบต่อที่บั่นทอนทางด้านจิตใจ เนื่องจากสังคมตีตราผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นผู้ประพฤติปฏิบัติแตกต่างไปจากบรรทัดฐานของสังคม เป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมล่าสอนทางเพศ เป็นบุคคลน่ารังเกียจ (เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นเสมือนตราบาปของสังคม ถูกแบ่งแยก ถูกรังเกียจได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลอื่น (Suwisith, 1996) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง กระทบต่อจิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์บวกกับสภาพความสูงอายุ ส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องปรับตัวและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์พบว่า ในต่างประเทศมีการศึกษาในหลายกลุ่ม เช่น ผู้ติดเชื้อในกลุ่มรักร่วมเพศ (Coward and Lewis, 1993) ผู้ติดเชื้อในกลุ่มสตรี (Gillespie, 1995; Gray, 1999) ผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย (Welch, 2002) ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในประชากรหลายกลุ่ม เช่นกลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษ (มัลลิกา ตั้งเจริญ, 2534; เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ (สาวิตรี เทียนชัย, 2539; สุปรีดา มานัสสถิตย์, 2538) กลุ่มเยาวชน (ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ, 2539) ในกลุ่มวัยแรงงาน สำหรับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบ คือศึกษาผลกระทบของผู้สูงอายุที่ดูแลบุตรหลานที่เป็นโรคเอดส์ (Paul, 1996 ; Kespichayawattana, 2001) แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์โดยตรงยังไม่พบว่ามีการศึกษา จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นโรคเอดส์ในประเทศไทยยังมีน้อยมาก ทั้งๆที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์เพิ่มจำนวนสูงขึ้นทุกปีและปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ บวกกับปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมากมาย นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงประเด็นปัญหาโรคเอดส์ในผู้สูงอายุว่าเป็นประเด็นที่ควรได้รับความสนใจเอาใจใส่และศึกษา เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม ในประชากรกลุ่มผู้สูงอายุให้มากขึ้น (UNAIDS, 2002)

การศึกษาถึงประสบการณ์ (Experiences) ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์หรืออยู่ในสถานการณ์ (being) นั้น โดยการศึกษาในวิธีการเชิงคุณภาพจะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์กลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรงมีประสบการณ์โดยตรงจากการเจ็บป่วยของตนเอง การทำความเข้าใจถึงประสบการณ์ชีวิตเมื่อเจ็บป่วย



ด้วยโรคเอดส์ รับรู้ถึงความรู้สึก การดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและความต้องการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ดีซึ่งเกิดความเข้าใจ โดยการแปลข้อมูลที่ได้ตามการรับรู้ ความรู้สึกและการให้ความหมายของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้นๆ ผลที่ได้จากการศึกษา ช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความเข้าใจถึงความรู้สึกและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถนำข้อมูลและความรู้ที่ได้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิต (Lived experiences) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์

### ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ โดยกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หลังอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการบันทึกเทปเป็นวิธีการหลักในการเก็บข้อมูล ทำการศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้มีจุดมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่ใช้อ้างอิงในกรณีที่อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ศึกษาในงานวิจัยนี้เท่านั้น

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์** หมายถึงผู้สูงอายุไทย เพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หลังอายุ 60 ปีและรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคเอดส์จากการวินิจฉัยของแพทย์และประวัติเคยมีอาการบ่งชี้ว่า มีภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างน้อยโรคใดโรคหนึ่งใน 25 โรค ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

**ประสบการณ์ชีวิต** หมายถึงเหตุการณ์เรื่องราวสิ่งๆที่ประสบมาซึ่งครอบคลุมถึงการตีความและการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ตลอดจนถึงการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย**

1. ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ อย่างลึกซึ้ง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ และวางแผนการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม
3. เป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้ความช่วยเหลือดูแล การจัดบริการสาธารณสุข หรือการจัดบริการด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ได้อย่างเหมาะสม



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งสรุปประเด็นเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 1.2 ทฤษฎีว่าด้วยความสูงอายุ
    - 1.2.1 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ
    - 1.2.2.ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม
  - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
    - 1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย
    - 1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ
    - 1.3.3.ความเครียดของผู้สูงอายุ
  - 1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์
  - 2.1 สถานการณ์ของโรคเอดส์ในประเทศไทย
  - 2.2 ความหมายของโรคเอดส์
    - 2.2.1 ความหมายในทางการแพทย์
    - 2.2.2 ความหมายในเชิงจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม
  - 2.3 พยาธิสภาพของโรคเอดส์
  - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรค
  - 2.5 ผลกระทบของโรคเอดส์
    - 2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย
    - 2.5.2 ผลกระทบด้านจิตสังคม
    - 2.5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม
  - 2.6 ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์
  - 2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยา

3.1 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

3.2 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.3 หลักสำคัญของขั้นตอนและวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ

### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโดยทั่วไปหมายถึงบุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการความเสื่อมแตกต่างกัน (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

บรรลุ ศิริพานิช (2542)แบ่งคำเรียกผู้สูงอายุซึ่งมีความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุไว้หลายลักษณะดังนี้คือ

ก. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระ ที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้งที่บางคนมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

ข. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปีปฏิทิน เช่น เรียกว่าผู้สูงอายุ ในภาคพื้นยุโรปและอเมริกาเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ส่วนภาคพื้นเอเชียจะถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามเป็นที่ตกลงกันในระหว่างประเทศแล้วว่าให้ยึดเอา อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

ค. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส

สำหรับประเทศไทย ได้ถือนิยาม ผู้สูงอายุ ว่าเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

### 1.2 ทฤษฎีว่าด้วยความสูงอายุ

การศึกษาวาระสูงอายุได้มีนักทฤษฎีเสนอแนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของวาระสูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระ ปัจจัยและกระบวนการเกิดความสูงอายุที่แตกต่างกัน จึง

ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะแต่ต้องอาศัยหลายๆทฤษฎีมาประกอบกัน ซึ่งทฤษฎีใหญ่ๆและมีความสำคัญได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพและทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม

### 1.2.1 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories)

ทฤษฎีภาวะสูงอายุทางด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายสาเหตุของความชราเชิงชีววิทยาที่สำคัญดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

1) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการสูงอายุเกิดขึ้นจากลักษณะทางพันธุกรรม มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนและลักษณะนั้นแสดงออกเมื่ออายุมาก เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่เรียกว่า นาฬิกาชีวิต (Biological clock) ซึ่งกล่าวถึงการทำงานของอวัยวะต่างๆของแต่ละบุคคลว่าถูกควบคุมและกำหนดเวลาไว้ด้วยนาฬิกาชีวิต ซึ่งอยู่ในนิวเคลียสและไฮโดรพลาสซึม ทำให้คนแก่ช้าเร็วต่างกัน

2) ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผลจากการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นเวลานานหรือจากการใช้งานมากเกินไป ทำให้เกิดความเสื่อมโทรมตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดความระมัดระวังหรือการดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร เช่น คนที่มีไขมันในเลือดสูง สารไขมันในเลือดจะมีผลทำลายผนังหลอดเลือด ตลอดจนมีการสะสมไขมันตามผนังหลอดเลือดทำให้เกิดการอุดตันการไหลเวียนเลือดได้ หรือคนที่เมื่อก่อนน้ำหนักตัวมากจะมีผลกระทบต่อข้อเข่ามากที่สุด ผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย อย่างไรก็ตามร่างกายของมนุษย์จะต้องพยายามปรับสภาพและซ่อมแซมตนเองตลอดเวลาเพื่อให้ใช้งานต่อไปได้ โดยกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทน เช่น เซลล์ของผิวหนัง เม็ดเลือด เยื่อบุทางเดินอาหาร เป็นต้น ส่วนเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อลาย เส้นใยกล้ามเนื้อ เซลล์ประสาท และสมองไม่สามารถสร้างทดแทนได้ จึงมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายต่อไป

3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากร่างกายมีอนุมูลอิสระเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความผิดปกติและทำให้คอลลาเจนและอีลาสติน ซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบของเนื้อเยื่อยืดหยุ่นเกิดขึ้นมาก ทำให้เสียความยืดหยุ่นไป

4.) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น พบว่าการทำงานของ T-lymphocyte และ B-lymphocyte จะไม่สมดุลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง มีภูมิไวเกิน (hypersensitivity) และยังเสื่อมความสามารถในการจำโครงสร้างหรือเซลล์ปกติของร่างกายด้วย ทำให้มีการสร้างแอนติบอดี ต่อเซลล์ตนเอง (autoantibody) ดังนั้นในผู้

สูงอายุมักมีระดับของแอนติบอดี ที่มีปฏิกริยากับเซลล์ของร่างกายตนเอง (autoimmune antibody) ในเลือดสูง การลดระดับของภูมิคุ้มกันจะทำให้เซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่นี้ทำงานผิดปกติไม่สามารถจำเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีโอกาสเกิดโรคและมะเร็งสูงขึ้น

### 1.2.2 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial theory)

เมื่ออายุมากขึ้น ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ตลอดจนสถานภาพทางด้านสังคม บุคลิกภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมด้วย ทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม (สุรกุล เจนอบรม, 2534; สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539) ได้แก่

1) ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะมีลักษณะแยกตัวตัวเองออกมา หรือต้องการปล่อยวางเป็นอิสระ ทั้งนี้เนื่องมาจากสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลรอบข้างหรือสังคมค่อยๆห่างออกจากกัน เช่น การเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและบุคคลอื่น ค่อยๆลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป หรือคู่สมรสจากไป หรือสถานะของการเป็นหัวหน้าครอบครัวลดลง ฉะนั้นถ้าสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมมีการยอมรับ เปิดโอกาสและให้ความเคารพในตัวผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความสุข มีความพึงพอใจในความเป็นอิสระมากขึ้น

2) ทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิต ถ้ายังมีกิจกรรมในสังคมและส่วนใหญ่อยังคงรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้เหมือนช่วงที่อยู่ในวัยกลางคนและการมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตตมโนทัศน์ (self concept) ดีและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมต่อเนื่องกันมา ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคนที่เคยปฏิบัติมาก่อนและบุคลิกภาพเป็นผลมาจาก ความพึงพอใจในชีวิตต่อการมีบทบาทในกิจกรรมนั้นๆ

4) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการพัฒนาของชีวิต ขึ้นกับวัยต้นของชีวิต ซึ่งอีริกสันได้แบ่งช่วงชีวิตของคนออกเป็น 8 ระยะ โดยระยะที่ 1-6 เป็นระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 25 ปี ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 25-65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต บุคคลกลุ่มนี้ถ้าประสบความสำเร็จดีจะมีความมั่นคง มีความภาคภูมิใจในตนเองและสืบทอดไปยังลูกหลานแต่ถ้าไม่ประสบผลสำเร็จ บุคคลกลุ่มนี้จะเฝ้าหวงแหนความกระตือรือร้น สำหรับระยะที่ 8 นับตั้ง

แต่ อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความเจริญมั่นคงในชีวิต มีการประเมินผลการทำงานอยู่ตลอดเวลา แต่ถ้าทำงานไม่ประสบความสำเร็จ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย เสียเวลาเปล่าประโยชน์และทอดถอนใจหมดหวัง

5) ทฤษฎีของเพค (Peck's theory) Robert Peck เป็นนักจิตวิทยาได้ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มตามอายุ ได้แก่ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Old old) ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป เพคกล่าวว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งด้านกายภาพและจิตสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการคือ 1) ผู้สูงอายุยังควรมีการทำงานอยู่ภายหลังเกษียณอายุการทำงานแล้ว อาจเป็นงานประจำหรืองานอดิเรกก็ได้ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเอง 2) ผู้สูงอายุควรยอมรับในสมรรถภาพของร่างกายที่ลดลง การทำงานต่างๆย่อมใช้เวลาเพิ่มขึ้น ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ ชีวิตก็มีความสุข 3) ยอมรับว่าร่างกายต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ การยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้คือ

#### 1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ที่สำคัญมี ดังนี้คือ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

1) กระบวนการชราของระบบภูมิคุ้มกัน พบว่าต่อมธัยมัส (thymus) เริ่มมีขนาดเล็กลงหลังจากวัยรุ่นและส่วนใหญ่จะฝ่อไปหลังอายุ 40 ปี การเปลี่ยนแปลงของต่อมธัยมัสทำให้ธัยมิกแฟกเตอร์ (thymic factors) ลดลงและการลดลงของธัยมิกแฟกเตอร์ทำให้การสร้าง lymphokines และ interferons ลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ stem cells, T-helper cells และ B-cells เป็นผลให้การสร้างแอนติบอดีลดลงและ T-killer cells และ natural killer cells มีจำนวนลดลง ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้

ก. โอกาสการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นในวัยชราและอาจเกิดจากการสร้างแอนติบอดีลดลงและ/หรือการเสื่อมลงของระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์

ข. การที่ T-helper cells และ lymphokines ลดลงทำให้การตอบสนองต่อการติดเชื้อต่ำลง เป็นผลให้ตรวจไม่พบไข้ หรือ leucocytosis ในผู้ป่วยชราบางราย

ค. ผลการตรวจ delayed-type hypersensitivity reaction ในผู้สูงอายุ เช่น การทดสอบภูมิคุ้มกันต่อวัณโรคอาจให้ผลลบได้



ง. ร่างกายเกิดกระตุ้นได้ง่าย ในการติดเชื้อโรคหรือป่วยเป็นวัณโรค และงูสวัดได้ง่ายขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

จ. การเปลี่ยนแปลงของ natural killer cells และ T-suppressor cells อาจเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของมะเร็งและโรค autoimmune ในวัยชรา

ฉ. การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันในวัยชราหมายความว่าในการให้วัคซีน อาจจำเป็นต้องให้การกระตุ้นหรือให้ซ้ำโดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2) กระบวนการชราของระบบหายใจ พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะพบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลมและกระดูกอ่อนของซี่โครง มีการยึดตัวของข้อ cost vertebral และ costochondral มากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโก่ง) ทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น การที่มวลกล้ามเนื้อทรวงอกและการขยายตัวของทรวงอกลดลง ทำให้มีการใช้กระบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้น มีการลดลงของ tidal volume และ maximum voluntary ventilation ในระหว่างออกกำลังกาย alveolar ducts มีขนาดเพิ่มขึ้นผนังถุงลมบางลงและถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นผลให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและมี physiologic dead space เพิ่มขึ้น ระบบป้องกันของปอด อาทิ การสร้างเมือก การสร้างแอนติบอดีและระบบภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง

3) กระบวนการชราของระบบสืบพันธุ์ พบว่าในเพศหญิงวัยชราเพศภายนอก (vulva) มีลักษณะผิอแคบเล็กและขนบางลง ช่องคลอดตื้นขึ้นมีการฝ่อของเซลล์บุผิวและมีความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกมีจำนวนและหลังเมือกลดลง มดลูกมีขนาดและน้ำหนักลดลงปีกมดลูกสั้นเข้าและมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง รังไข่มีขนาดเล็กลงและมีไฟโบรซิส จำนวน follicle ลดลงมีลักษณะฝ่อชัดเจน การตกไข่ลดลงและหยุดไปในที่สุด ในระยะหมดประจำเดือนพบว่าระดับฮอร์โมนเพศลดลง ทั้งฮอร์โมนเอสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน ในเพศชายการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างช้าๆเมื่อเทียบกับเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏชัดเจนเมื่อมีอายุสูงขึ้น (มากกว่า 70-80 ปี) ได้แก่ น้ำหนักลูกอัณฑะลดลงเล็กน้อยมีการฝ่อและไฟโบรซิสของ seminiferous tubule สำหรับการสร้างสเปิร์ม (spermatogenesis) ยังมีอยู่ตลอดเวลาแต่จำนวนสเปิร์มที่สร้างและคุณสมบัติของสเปิร์มลดลง อย่างไรก็ตามความสามารถในการมีบุตรยังคงอยู่ โดยทั่วไปเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุไม่แตกต่างจากในวัยหนุ่มสาว แต่อิทธิพลของขนบธรรมเนียมประเพณีต่อการแสดงออกและการยอมรับของการมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมากทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงเกิดความอาย ไม่กล้าแสดงออก อย่างไรก็ตามความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในทั้งสองเพศ โดยมีปัจจัยสำคัญจากสุขภาพทางกายต่างๆ ยาที่ใช้อยู่ ภาวะจิตใจและระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน

### 1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจรวมถึงการปรับตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539; บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ได้แก่

- 1) การหยุดทำงาน การเปลี่ยนแปลงวิถีทางดำเนินชีวิต หลังจากที่ทำมาเป็นเวลานาน การลดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆลง ทำให้สูญเสียบทบาทซึ่งอาจกระทบกระเทือนทางเศรษฐกิจ ทำให้ความมั่นใจในความสามารถและคุณค่าในตนเองลดลง
- 2) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือใกล้ชิด จะทำให้เกิดความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้นและถ้าหากสุขภาพทางกายขาดผู้ใกล้ชิดดูแล จะทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังท้อแท้เป็นทวีคูณ
- 3) การสูญเสียสัมพันธ์ภายในครอบครัว เนื่องจากบุตรหลานที่เคยอยู่กันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา จะมีครอบครัวและแยกย้ายครอบครัวออกไปอยู่ต่างหาก ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดน้อยลง การติดต่อหรือร่วมกิจกรรมน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยว เหงาและรู้สึกว่าตนมีคุณค่าน้อยลง
- 4) การไม่ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงและการไม่เตรียมตัวต่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบกับถ้าลักษณะสังคมรอบข้างของผู้สูงอายุ ไม่เกื้อหนุนทางด้านกำลังใจ จะนำมาซึ่งความด้อยประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

### 1.3.3 ความเครียดของผู้สูงอายุ

ความเครียดของผู้สูงอายุมีเช่นเดียวกับวัยอื่นๆ ต่างกันในเรื่อง การปรับตัวต่อภาวะเครียดไม่เท่ากัน สาเหตุของความเครียดอาจแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุจะเกิดจากสิ่งต่อไปนี้ (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539)

- 1) ความบกพร่องของร่างกายที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 2) ความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถลดลง
- 3) การมีโรคประจำตัว
- 4) การออกจากงาน เป็นความรู้สึกว่างเปล่า เมื่อออกจากงานที่เคยทำประจำ

สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีทุกข์ ซึ่งแสดงออกโดยมีอาการซึมเศร้า แต่ก็อาจป้องกันโดยให้ ผู้สูงอายุมีการเตรียมงานรอไว้ก่อนเกษียณอายุ มีการตรวจสุขภาพร่างกายอย่าง

สมัครสมาชิก มีงานอดิเรกทำ ตลอดทั้งผู้สูงอายุใกล้ขีดต้องให้กำลังใจ ให้อิสระเสรีแก่ผู้สูงอายุซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้

#### 1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะตัว ความเป็นปัจเจกของตนจะเพิ่มมากขึ้น จนกลายเป็นคุณสมบัติที่มีลักษณะเป็นเอกลักษณ์หรือเฉพาะของผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การศึกษาเพื่อสนองความต้องการของคนสูงอายุจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเข้าใจ

ความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้ (สมศักดิ์ กระจายกลิ่น, 2543)

- 1) ต้องการอยู่ร่วมกับบุตรหลานและได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ยกย่องนับถือในฐานะผู้อาวุโสที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม
- 2) ต้องการมีกิจกรรมหรืองานอดิเรก ที่นำความเพลิดเพลินมาสู่ตนเอง เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด ความเหงาและความว้าเหว่จากการมีเวลาว่างมากขึ้น
- 3) ต้องการมีเพื่อนวัยเดียวกันหรือวัยใกล้เคียงกัน เพื่อพบปะสังสรรค์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นครั้งคราว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวด้านอารมณ์และสังคมดีขึ้น
- 4) ต้องการความมั่นคงและความสงบทางจิตใจ ซึ่งมีหลายวิธีตามความสมัครใจของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติศาสนกิจและหลักคำสอนทางศาสนาจะช่วยทำให้จิตใจสงบ มั่นคง เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบั้นปลายของชีวิตได้ดีขึ้น

ความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ (สมศักดิ์ กระจายกลิ่น, 2543)

- 1) ต้องการกำลังใจและแรงสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งได้รับการยกย่องนับถือจากบุตรหลานและการยอมรับนับถือจากบุคคลในสังคมที่ตนเคยเกี่ยวข้องหรือสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่
- 2) ต้องการมีโอกาสได้ทำสิ่งที่ตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ตามความถนัดและความสนใจของตนเอง เช่น การดูแลหลาน การรดน้ำต้นไม้ การทำสวนครัว การเขียนหนังสือหรือตำรา การพูดและการบรรยายในที่สาธารณะ การทำงานอาสาพัฒนาชุมชนหรือองค์กรมูลนิธิต่างๆ เป็นต้น



3) ต้องการงานด้วยตนเองและพึ่งพาผู้อื่นตามความจำเป็นเท่านั้น ในกรณีที่ไม่สามารถทำงานด้วยตนเองนั้น เนื่องจากข้อจำกัดของสมรรถภาพทางกายหรือเหตุผลอื่นก็ตามผู้สูงอายุก็ยังสมควรใจที่จะทำงานเป็นที่ปรึกษาให้กับครอบครัวและสังคมต่อไป

ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการและได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย จะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อความตายมาถึงก็จะเป็นความตายที่น่ายินดีและเหมาะสมกับแบบชีวิต

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์

### 2.1 สถานการณ์ของโรคเอดส์ในประเทศไทย

โรคติดเชื้อ Human immuno deficiency virus (HIV) ซึ่งเป็นสาเหตุของกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) ได้เกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลก นับตั้งแต่มีรายงานการตรวจพบผู้ป่วยรายแรกที่ประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2524 จนถึงปัจจุบัน โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว คุณภาพชีวิตของประชากรโลกทุกเพศทุกวัย ข้อมูลสถานการณ์เอดส์ของโลก จากการรายงานของ UNAIDS (2004) ประมาณว่าสิ้นปี ค.ศ. 2003 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์ทั้งสิ้น 40 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นผู้ใหญ่ 37 ล้านคน และเด็ก 2.5 ล้านคน (UNAIDS, 2004)

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกเมื่อเดือน กันยายน พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้เพิ่มจำนวนขึ้นตามลำดับกล่าวคือ มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งสิ้น 319,726 รายและมีผู้เสียชีวิต 73,593 ราย พบว่าการติดเชื้อมีสาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์พบมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น การติดเชื้อจากมารดาและการได้รับเลือด ตามลำดับ ส่วนอายุพบได้ทุกกลุ่ม ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี อุบัติการณ์ของการติดเชื้อของเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 2:1 นอกจากนี้พบว่าปัญหาการแพร่ระบาดรุนแรงมากในภาคเหนือของประเทศ โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำปาง ลำพูน และแม่ฮ่องสอน (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) จะเห็นได้ว่าภาวะระบาดของโรคเอดส์ได้แพร่เข้าสู่กลุ่มคนในสังคม โดยไม่จำกัดอายุ เพศ และชนชั้น

ในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ จากรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2547) จำแนกผู้ป่วยเอดส์ตามกลุ่มอายุ รายปีและตามปีที่เริ่มป่วย พบว่าในปี พ.ศ. 2533 มีรายงานผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเอดส์จำนวน 3 คน ปี พ.ศ. 2534 มีจำนวน 13 คน ปี พ.ศ. 2535 มีจำนวน 43 คน และพบว่าจำนวนผู้สูงอายุรายใหม่ ที่เป็นโรคเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2541 มีจำนวนสูงถึง 327 คน สรุปยอดรวมผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2533 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีจำนวนทั้งสิ้น 3,010 คน ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว จำนวน 970 คน (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547)

## 2.2 ความหมายของโรคเอดส์

### 2.2.1 ความหมายในทางการแพทย์

เอดส์ (AIDS) ย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immuno Deficiency Syndrome หมายถึงกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงหรือบกพร่อง อันเนื่องมาจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งซึ่งเรียกว่า HIV (Human Immuno Deficiency Virus) ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้ลดน้อยลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่าย กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับปรุงและประกาศค่านิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ใหม่และใช้อย่างเป็นทางการตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2536 โดยให้ค่านิยามดังนี้คือ ผู้ป่วยเอดส์หมายถึงบุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีและตรวจพบโรคหรือกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายซึ่งมีด้วยกัน 25 โรค ซึ่งได้แก่ การติดเชื้อรา (Candidiasis) ของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด โรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii วัณโรค (Tuberculosis) เป็นต้น (กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

### 2.2.2 ความหมายในเชิงจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม

ผลที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลกระทบไปยังครอบครัว ชุมชนและสังคมนอกจากนี้จากการประชาสัมพันธ์ สื่อต่างๆ การให้สุขศึกษา ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้เกิดการฉายภาพการให้ความหมายของโรคเอดส์ในเชิงจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม ดังนี้

วิจิตร ศรีสุวรรณและคณะ (2537) ได้สรุปความหมายของโรคเอดส์ทางจิตสังคมได้ 3 ความหมาย อันได้แก่

1) ภาวะที่สิ้นหวัง (hopeless) เนื่องจาก เมื่อติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว ยังไม่มียารักษาให้หายได้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ที่ติดเชื้อหรือป่วยเป็นโรคเอดส์เมื่อมีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น

2) ภาวะที่ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ (helpless) เนื่องจากความกลัวจะติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่อยู่รอบข้างที่เคยให้ความช่วยเหลือมีแนวโน้มจะเลิกให้ความช่วยเหลือ ผู้ที่คิดจะช่วยก็หยุดชะงัก อาจจากความไม่รู้จักจริงคิดว่าจะสามารถติดต่อได้ง่าย ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์สิ้นหวังมากขึ้น

3) ภาวะที่หมดคุณค่า หมดความสำคัญ (worthless) เนื่องจากคนที่เคยรักใคร่สนิทสนมมักรังเกียจและทำตัวเหินห่าง เพื่อนฝูงที่เคยไปมาหาสู่ก็จะเลิกคบหาสมาคมด้วย อาจตกงานเพราะนายจ้างรังเกียจ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์รู้สึกโดดเดี่ยว หมดคุณค่าสำหรับคนรักและสังคม นำไปสู่ความสิ้นหวังอย่างถึงที่สุด

นอกจากนี้ความหมายในทางสังคมและวัฒนธรรมมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคลึกลับ น่ากลัวเป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและสำส่อนทางเพศไม่มียารักษา ต้องเสียชีวิตทุกรายเป็นโรคที่มีตราบาปสูงมาก สังคมไทยมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคของโสเภณี โรคของพวกเกย์ โรคเอดส์จึงเป็นโรคของคนที่ไม่ดี โรคของคนไม่มีศีลธรรม (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2536 อ้างถึงใน เสาวภา พรสิริพงษ์, 2541)

จากการศึกษาของพีรยา จารุทรัพย์ (2539) ในเรื่องโรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านหนังสือพิมพ์รายวัน พบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาหนังสือพิมพ์มีบทบาทอย่างมากในการสร้างความหมายของโรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทย ซึ่งมีทั้งหมด 14 ลักษณะ อันได้แก่ 1) การรักษาไม่หาย ตายลูกเดียว 2) โรคที่น่าสะพรึงกลัว 3) โรคติดต่อที่ระบาดรุนแรง และติดต่อกันง่ายมาก 4) สิ่งที่มีอันตรายต่อความอยู่รอด 5) ความสิ้นหวังเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน 6) ความอัปยศอดสู สร้างความเสื่อมเสียด้านสังคม-เศรษฐกิจ 7) โรคที่ใครๆก็เป็นได้ 8) โรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน 9) ความผิดบาป – เสื่อมศีลธรรม 10) ความเคราะห์ร้าย 11) โรคของคนต่างชาติ – ต่างเผ่าพันธุ์ 12) โรคของคนที่ย่อยสุขภาพ 13) โรคจากความสกปรกแปรปวน และ 14) โรคที่สังคมรังเกียจ

นอกจากนี้สื่อมวลชนตะวันตก ยังให้ความหมายของโรคเอดส์ไว้ 5 ลักษณะ ดังนี้ คือ (Helman, 1990 อ้างถึงใน เสาวภา พรสิริพงษ์, 2541)

1) เป็นโรคระบาดเช่นเดียวกับกาฬโรค (บางครั้งเรียกว่าโรคระบาดของพวกเกย์) เป็นโรคที่มองไม่เห็น แพร่ระบาดมีอำนาจในการทำลาย ทำให้เกิดความสับสน ความไร้ระเบียบและการสูญเสียระเบียบของสังคม ชีวิตครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2) เป็นโรคติดต่อที่มองไม่เห็น ภาพของเอดส์มีพื้นฐานมาเช่นเดียวกับโรคติดต่อแบบพื้นบ้านสมัยก่อน (กาฬโรค ไข้ทรพิษ) โรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถติดต่อกันได้ทุกรูปแบบจากผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะโดยการสัมผัสร่างกาย ของเสียจากผู้ป่วยและอากาศที่หายใจเข้าไป การติดต่อนี้ อาจเกิดได้ทั้งในที่ทำงาน โรงเรียน ที่โบสถ์และที่บ้าน ซึ่งความเชื่อดังกล่าวสามารถอธิบายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยที่อาจติดต่อกับคนรอบข้างได้

3) เป็นการลงโทษทางศีลธรรม ผู้ป่วยเอดส์โดยปกติจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้บริสุทธิ์ หมายถึงกลุ่ม ผู้ที่ได้รับเลือด เด็ก คู่ของผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบไปเช็กชวลหรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานและกลุ่มผู้ที่มีความผิดคือกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมผิดไปจากแนวปฏิบัติของสังคม เช่น พวกโฮโมเช็กชวล พวกล่าสอนทางเพศ โสเภณี และผู้ติดยาเสพติด ภาพของเอดส์เป็นการพิพากษาลงโทษสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน

4) เป็นผู้บุกรุกและเป็นผู้บุกรุกจากต่างประเทศ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับทัศนคติในทางลบต่อชาวต่างชาติและผู้อพยพ โดยเฉพาะพวกอัฟริกา ไฮติและอื่นๆ ควบคู่ไปกับความกลัวการรุกรานแบบไม่เปิดเผยจากผู้แพร่เชื้อเอดส์จากต่างชาติ

5) เป็นสงคราม ภาพนี้เชื่อมโยงกับข้อ 4 ที่เอดส์ถูกมองว่าเป็นสงครามในสังคมที่มีการใช้ชีวิตแบบไม่มีศีลธรรม ความล่าสอน อิทธิพลของต่างชาติและชนกลุ่มน้อยที่ถูกตีตรา เช่น พวกเกย์ โสเภณี ผู้อพยพและผู้ติดยาเสพติด ส่วนผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบปกติ จะถูกมองว่าเป็นผู้บริสุทธิ์ที่ตกเป็นเหยื่อของสงคราม

จะเห็นได้ว่าจากความหมายดังที่กล่าวมา แสดงให้เห็นว่าโรคเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงโรคที่เจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจอันเนื่องมาจากถูกสังคมตีตราและการให้ความหมายไปในทางที่น่ากลัว น่ารังเกียจ ในขณะที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บป่วยทางกาย ยังถูกแบ่งแยกและถูกตีตราจากสังคมทำให้มีลักษณะเหมือนตายทั้งเป็น (Social death)

## 2.3 พยาธิสภาพของโรคเอดส์

ปัจจุบันเป็นที่ทราบแน่ชัดแล้วว่า กลไกการเกิดโรคเอดส์นั้นเป็นผลจากเชื้อไวรัส HIV โดยตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณและความรุนแรงของเชื้อเป็นสำคัญ โดยมีพยาธิกำเนิดจากภูมิคุ้มกัน (Immunopathogenesis) เป็นปัจจัยร่วม ได้มีการแบ่งพยาธิกำเนิดตามการดำเนินโรคเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (เกียรติ รัชชวีธรรม, 2540)

2.3.1 ระยะติดเชื้อเฉียบพลันหรือปฐมภูมิ (Acute primary HIV infection) หลังได้รับเชื้อเข้าไปใหม่ๆ เชื้อเอชไอวี จะเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงและบางส่วนเข้าสู่กระแสเลือด ในช่วง 2-12 สัปดาห์แรก ในขณะที่ร่างกายยังไม่มีอาการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเกิดขึ้น



(window period) เชื้อเอชไอวีจะสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและกระจายไปในกระแสเลือด ผู้ติดเชื้อบางรายอาจแสดงอาการของ Acute HIV infection syndrome จนกระทั่งเมื่อร่างกายเริ่มสร้างภูมิคุ้มกันโดยเริ่มต้นด้วยมี HIV-specific cell-mediated immune response เกิดขึ้น และเชื่อว่ามียับยั้งการแบ่งตัวของ HIV และทำลาย HIV-infected cell ทำให้ปริมาณเชื้อในกระแสเลือดลดลงและประกอบกับ antibody ต่อเชื้อ HIV ถูกสร้างขึ้นในช่วงต่อมาจะช่วยลดปริมาณของเชื้อในกระแสเลือดลงไปอีก แต่บทบาทที่เชื่อว่ามีผลสำคัญกว่าคือ การเกิด antigen-antibody หรือ immune complex (IC) ทำให้เชื้อที่อยู่ในรูปของ ICs จะถูกดักจับ (viral trapping) โดย follicular dendritic cell (FDCs) ในต่อมน้ำเหลืองที่มีอยู่ทั่วไปในร่างกาย ในกรณีของ HIV เซลล์ FDC นี้จะกลายเป็นแหล่งคอยบ่อนเชื้อ HIV ไปยัง CD4+T-cells ได้ด้วย ดังนั้นต่อมน้ำเหลืองจึงเป็นแหล่งที่อยู่ที่สำคัญของเชื้อ HIV รวมทั้งเป็นแหล่งคอยแพร่เชื้อไปยัง CD4+T-cells ด้วย แต่อย่างไรก็ตามในขณะที่ต่อมน้ำเหลืองมีบทบาทสำคัญในแง่พยาธิกำเนิดของโรค ก็มีบทบาทสำคัญในแง่การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อตอบโต้และควบคุมเชื้อ HIV ด้วยเช่นกัน

2.3.2 ระยะเวลาไม่ปรากฏอาการของโรค (Asymptomatic HIV infection) ในระยะนี้เชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในต่อมน้ำเหลือง (Lymphoid tissues) โดยปริมาณเชื้อในต่อมน้ำเหลืองจะมีมากกว่าในกระแสเลือดอย่างน้อยประมาณ 10-100 เท่า ซึ่งเดิมเชื่อว่าในระยะที่ไม่ปรากฏอาการของโรคนี้ เชื้อ HIV จะอยู่สงบนิ่ง (Latency) แต่จากหลักฐานมากมายยืนยันชัดเจนว่าเชื้อ HIV นั้นแบ่งตัวตลอดเวลา เพียงแต่ในระยะนี้อัตราการแบ่งตัวและอัตราที่เชื้อถูกทำลาย รวมทั้งอัตราการทำลาย CD4+cell กับอัตราการสร้างทดแทนอยู่ในภาวะที่สมดุล อัตราการแบ่งตัวของเชื้อ HIV จะถูกเร่งเพิ่มขึ้นทุกครั้งจากระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง CD4+T-cells ถูกกระตุ้น (immune activation) ไม่ว่าจะจาก antigen ใดๆก็ตาม เช่น เชื้ออื่นๆ จาก co-infection หรือแม้แต่ vaccine รวมทั้ง cytokines ที่หลังจากเซลล์ต่างๆ ก็สามารถกระตุ้นหรือยับยั้งการแบ่งตัวของ HIV ได้ ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมให้มีการเพิ่มปริมาณเชื้อ HIV ในร่างกาย ทำให้มีการทำลาย CD4+cells เพิ่มขึ้น และเร่งการดำเนินของโรคเข้าสู่เอดส์เต็มขั้นเร็วขึ้นได้

2.3.3 ระยะแสดงอาการและอาการเต็มขั้น (Symptomatic and Advanced Stages) หลังจากติดเชื้อเป็นเวลาหลายปี เซลล์ FDC ในต่อมน้ำเหลืองและ CD4+T-cells จะค่อยๆ ถูกทำลายไปเรื่อยๆ ในช่วงแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ต่อมน้ำเหลืองจะมี follicular hyperplasia ซึ่งอาจทำให้มีขนาดโตขึ้นจนตรวจคลำได้ แต่ในระยะแสดงอาการ (Symptomatic and Advanced Stages) นี้ FDC network และ CD4+T-cells จะถูกทำลายไปมากอันหมายถึงโครงสร้างของต่อมน้ำเหลืองถูกทำลายไปด้วยต่อมน้ำเหลืองจึงมีขนาดเล็กลงและฝ่อไปในที่สุดเชื้อ HIV ที่เคยถูกดักจับ (trapped) และแบ่งตัวมากมายในต่อมน้ำเหลืองจะหลุดพ้นออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น ประกอบกับเมื่อ CD4+T-cells ถูกทำลายมากขึ้นทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ

การควบคุมการแบ่งตัวของเชื้อจะลดลง เป็นผลให้เชื้อ HIV มีการแบ่งตัวมากยิ่งขึ้นไปอีก จำนวนเชื้อในร่างกายจึงมีสูงมาก ในระยะอาการเต็มขั้นจำนวนเชื้อในพลาสมาอาจมีสูงถึงหลายแสนหรือหลายล้านตัวต่อ ลบ.ซม. และการที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องไปมาก ย่อมทำให้เกิดโรคฉวยโอกาสตามมาในที่สุด

## 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรค

การที่ผู้ป่วยแต่ละรายจะเกิดโรคเอดส์ ได้เร็วหรือช้าขึ้นกับปัจจัยต่างๆดังต่อไปนี้

2.4.1 ปัจจัยทางไวรัส พบว่า ชนิดและลักษณะของเชื้อที่ได้รับตอนแรกหรือกลายพันธุ์ไปหลังการติดเชื้อมีผลต่อการดำเนินโรค เช่น หากได้รับเชื้อชนิดแบ่งตัวเร็ว หรือชนิดที่ทำลายรุนแรง (Cytopathic strain) จะทำให้การเพิ่มขึ้นของจำนวนเชื้อ HIV อย่างรวดเร็วและมีการทำลายภูมิคุ้มกันได้รวดเร็วและรุนแรง ในทางตรงกันข้าม หากเชื้อที่ได้รับเป็นเชื้อชนิดแบ่งตัวช้า (Slow grower) หรือเป็นเชื้อชนิดที่ไม่ทำให้เซลล์เกาะติดรวมกัน หรือไม่ค่อยทำลายเซลล์ การแบ่งตัวของเชื้อจะเป็นอย่างช้าๆหรือในอัตราที่ต่ำจึงทำให้ปริมาณ HIV RNA ในร่างกายน่าจะต่ำ และการดำเนินโรคจะเป็นแบบช้าหรือคงที่โดยไม่เกิดโรค

2.4.2 ปัจจัยทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย ภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองอย่างจำเพาะต่อเชื้อ HIV หรือที่ไม่จำเพาะต่อเชื้อ HIV สามารถควบคุมและลดการแบ่งตัวของ HIV ได้ดี ซึ่งจะมีผลทำให้การดำเนินโรคคงที่หรือช้าลงได้

2.4.3 ปัจจัยร่วมที่กระตุ้นภูมิคุ้มกัน เมื่อมี Antigen แปลกปลอม เข้าสู่ร่างกาย อาทิ เช่น เชื้อโรคต่างๆ หรือโปรตีน antigen ในวัคซีนย่อมมีการกระตุ้น CD4+T-cell แต่ผลที่ตามมาคือ จะมีการกระตุ้นการแบ่งตัวของเชื้อ HIV พร้อมกันไปด้วย ซึ่งมีผลการศึกษายืนยันว่าการมีโรคติดเชื้ออื่นๆแทรกซ้อนขึ้น เช่น วัณโรค โรคเรื้อรัง หรือแม้แต่การฉีดวัคซีน จะเป็นตัวเร่งให้มีการสร้างปริมาณ HIV เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากการกระตุ้นการแบ่งตัวของเชื้อเกิดขึ้นนานหรือต่อเนื่องย่อมหมายถึงเป็นการเร่งการดำเนินโรคให้กลายเป็นเอดส์เร็วขึ้นด้วยนั่นเอง

2.4.4 ปัจจัยด้านการรักษาด้วยยาต้านเอดส์ เป็นที่แน่ชัดแล้วว่าการให้ยาต้านเอดส์ที่มีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกันจะสามารถทำให้จำนวนเชื้อ HIV ในกระแสเลือดลดลงได้ออย่างน้อย 10 เท่าซึ่งมีผลในการลดอัตราการเกิดเอดส์และอัตราการตายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงร้อยละ 60-80 แนวโน้มของการรักษาด้วยยาต้านเอดส์จึงเน้นที่การรักษาแต่เนิ่นๆและด้วยยาหลายชนิดพร้อมกัน

2.4.5 ปัจจัยร่วมที่ไม่ใช่การติดเชื้อ (Non infectious co-factor) ได้แก่

1) ภาวะทุพโภชนาการ สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้พร่องภูมิคุ้มกันชนิด T-cell คือภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะการขาดทั้งโปรตีนและแคลอรี โดยภาวะนี้จะลดจำนวน

รวมของ T-lymphocyte, Helper T-cell และ Suppressor T-cell เกิดการพร่องภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (Cell-mediated immunity) ลดการหลังคอมพลีเมนต์ (Complement) ลดประสิทธิภาพในการจับกินเชื้อโรคและฆ่าเชื้อโรค นอกจากนี้ภาวะทุพโภชนาการยังมีผลให้ขาดเกลือแร่ที่สำคัญ สารที่จำเป็นต่อร่างกายและวิตามิน ซึ่งจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันทั้งหมดในร่างกาย ทำให้ติดเชื้อต่างๆได้ง่าย เช่น วัณโรค ท้องร่วงจากแบคทีเรีย ปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystic carinii และเชื้อราแคนดิดา นอกจากนี้ยังพบว่า การขาดวิตามินเอ บี6 และซี จะมีผลให้การตอบสนองของ lymphocyte ต่อ antigen ลดลง ลดการตอบสนองของ antibody และทำให้ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ลดลง

2) แอลกอฮอล์ ยาและสารเสพติด พบว่าเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ใน ไตรท์ แอมเฟตามีน บุหรี่และยาเสพติด จำพวก เฮโรอีน โคเคนและมอร์ฟิน เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่กดภูมิคุ้มกัน โดยแอลกอฮอล์จะกดการทำงานของลิมโฟไซต์ ไนโตรทกดการทำงานของเม็ดเลือดขาวหลายชนิด ซึ่งเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนบุหรี่พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับการลดจำนวนของ Helper T-cell และการสูบบุหรี่ยังส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอด

3) อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกัน ทารกเป็นกลุ่มที่ระบบภูมิคุ้มกันยังไม่มีประสิทธิภาพ ยังไม่มีการพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติ (Natural resistance system) ทำให้ไวต่อการติดเชื้อต่างๆ ในผู้สูงอายุจะเสียภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติก็จะทำให้ไวต่อการติดเชื้อเช่นกัน จากการรายงานของ UNAIDS (2002) พบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ความก้าวหน้าของโรคเอดส์ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและจากสภาพความสูงอายุทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนจากโรคเอดส์รุนแรงขึ้น

4) ความเครียด พบว่าความเครียดทางอารมณ์ทำให้การติดเชื้อเริม (Herpes simplex) กำเริบมากขึ้นและทำให้เกิดมะเร็งได้อย่างรวดเร็วและสันนิษฐานว่าอาจส่งเสริมให้อาการของโรคปรากฏเร็วขึ้น เนื่องจากเชื่อว่าความเครียดมีผลกดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน

## 2.5 ผลกระทบของโรคเอดส์

การระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในขณะนี้ กำลังเป็นปัญหาที่ทำทนายให้มนุษย์ต้องคิดค้นหาวิธีการดูแล รักษา ควบคุมป้องกัน เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และความเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ที่เกิดขึ้น ไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาทางกายเท่านั้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากถูกสังคมตีตรามองว่าเป็นคนเลว ผิดศีลธรรม เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไม่น่าคบหา (เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผลกระทบสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

### 2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วสภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจะเกิดการขาดความสมดุล เนื่องจากเชื้อเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันและทวีความรุนแรงขึ้นตามระยะของโรค อาการทางกายที่ปรากฏภายหลังได้รับเชื้อ มีได้ตั้งแต่ ไม่แสดงอาการจนกระทั่งปรากฏอาการของโรค อาจพบอาการเช่นเดียวกับการติดเชื้อเฉียบพลัน เช่น ไข้หวัด อ่อนเพลีย เจ็บคอ เป็นผื่น ต่อม้ำเหลืองโตและจะหายได้เองภายใน 1 สัปดาห์ (เกียรติ รัชรัฐธรรม, 2540)

ในระยะต่อมา หากไม่ได้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสมหรือมีพฤติกรรมที่ทำให้มีการกระตุ้นการเจริญเติบโตและขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย โรคจะกำเริบและลุกลามอย่างรวดเร็ว ในระยะต่อมาภูมิคุ้มกันจะลดลงเรื่อยๆ การขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อujanระวังเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว บางรายมีอาการเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบหายใจ ผู้ป่วยจะทนทุกข์ทรมานจากความไม่สบาย เนื่องจากหายใจหอบเหนื่อย ยิ่งใช้เวลานานในการรักษานานวัน ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองจะลดลง โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ซึ่งเป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมากแล้ว จำนวน CD4+T-cells ในเลือดต่ำกว่า 200 cell/ $\mu$ L ร่างกายจะไม่สามารถป้องกันหรือควบคุมแม้แต่เชื้อที่ไม่ก่อโรค ระยะนี้อาการของโรคส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อ pathogens อื่นๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุพบว่าระดับ CD<sub>4</sub> ที่ต่ำลงจะตอบสนองต่อการรักษาลดลง และจากสภาพความสูงอายุทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนจากโรคเอดส์รุนแรงขึ้นและความก้าวหน้าของโรคเอดส์ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (UNAIDS, 2002) จากการรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 พบว่าโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extra pulmonary, Pneumocystic carinii pneumonia, Cryptococcosis, Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอดและ Pneumonia recurrent (bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

### 2.5.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

ความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น เนื่องจากบุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นภาวะที่สิ้นหวัง หมดหนทางให้ความช่วยเหลือเป็นโรคแห่งความสูญเสีย ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ดังนี้คือ

1) ความเครียด (Stress) ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการรับรู้ที่ตนเองเจ็บป่วย ตั้งแต่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นอย่างมากเพราะสังคมมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ สำนอน ประพฤติปฏิบัติต่างไปจากบรรทัดฐานของ



สังคม ไม่มีศีลธรรมไม่น่ายกย่อง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ นับว่าเป็นสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่บุคคล

2) ความกลัว (Fear) ภายหลังจากทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว กลัวว่าคนอื่นรู้ กลัวสังคมรังเกียจ กลัวตาย กลัวความทุกข์ทรมานก่อนตายและกลัวว่าต้องเป็นภาระแก่บุคคลอื่น (นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์, 2540; เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี, 2534)

3) ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (Uncertainty) บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์จะเกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา ไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานเท่าใด รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถกำหนดแผนการต่างๆ ในอนาคตได้ (Suwisith, 1996)

4) เปรียบเหมือนตราบาปของสังคม (Stigmatization) การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์เป็นเหมือนการถูกพิพากษาลงโทษ เป็นการเตือนให้ระลึกถึงความตาย เป็นโรคที่รักษาไม่หายเป็นแล้วต้องตาย เป็นการตอกย้ำว่ามีตราบาป เนื่องจากสังคมมองว่าผู้ที่เป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เป็นความอัปยศอดสู ประพฤติผิดทางด้านศีลธรรม สร้างความเสื่อมเสีย ด้านสังคม-เศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจไม่หายตายลูกเดียว (Suwisith, 1996; เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537; พิทยา จารุทรัพย์, 2539) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพราะในสังคมให้การยกย่องผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นผู้ทำคุณประโยชน์แก่สังคมมีคุณค่าควรแก่การเคารพนับถือการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์จึงเป็นเหมือนตราบาปของสังคมที่ซ้อนทับขึ้นมาอีก (double stigmatization)

5) ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) เกิดการสูญเสียในภาพลักษณ์ของตนเอง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เป็นผลจากโรค เช่น มีตุ่มหนองแผลเปื่อยตามร่างกาย ผอมแห้ง มองดูน่ารังเกียจ ขยะแขยงไม่มีใครอยากเข้าใกล้ สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สูญเสียบทบาทหน้าที่ และสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์, 2540; เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุษดี, 2534) บางรายต้องแยกตัวออกจากสังคมอยู่อย่างโดดเดี่ยว บางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Bruhn, 1994, Suwisith, 1996) ในผู้สูงอายุบางรายจะแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้นสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง สูญเสียสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่นโดยเฉพาะถ้าสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมไม่ยอมรับ

### 2.5.3 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

เอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างกว้างขวางที่สุดเท่าที่เคยมีมาแต่อดีต ผู้ติดเชื้อต้องประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการขาดรายได้ในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว เนื่องจากการตกงาน ถูกไล่ออกจากงานหรือต้องเปลี่ยนงานเนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือถูกรังเกียจจากเพื่อนร่วมงาน ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นตามระยะเวลาของการดำเนินโรค ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็น

จำนวนมาก ในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ต้องเกษียณจากการทำงานหรือหน้าที่ในการทำงานลดลง ทำให้ขาดรายได้ในการเลี้ยงดูตนเองหรือต้องใช้เงินที่สะสมมาตลอดระยะเวลาการทำงานเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาของ ชัยยศ คุณานุสนธิ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยเอดส์แต่ละรายต้องการเวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเพื่อป้องกันการกลับมาของโรคติดเชื้อต่างๆตั้งแต่รายละ 3,000 – 120,000 บาทต่อปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและระดับภูมิคุ้มกันที่เสียไป

## 2.6 ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีและการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ นับว่าเป็นวิกฤติที่ร้ายแรงของชีวิต ส่งผลกระทบในด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณของบุคคล ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ นับว่าเป็นความเครียดที่เข้ามากระทบต่อบุคคลและจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดนั้น

การศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ (พวงทิพย์ ชัยพิ-บาลสุขดีและคณะ, 2534) พบว่าจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอดส์มี 3 ระยะ คือ

1) ระยะที่ 1 เมื่อทราบว่าติดเชื้อจะมีอาการตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกิดยึดตนเอง รู้สึกโชคร้าย เป็นการถูกลงโทษ และรับประทานอาหารไม่อร่อย

2) ระยะที่ 2 จะแสวงหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลและบุคลากรสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อเอดส์ อาการและความรุนแรงของโรค

3) ระยะที่ 3 เป็นระยะปรับตัว เลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ตนเองต้องการ ผู้ที่ปรับตัวไม่ถูกต้องจะทำร้ายตนเองหรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง

การศึกษาของภารดี นานาศิลป์ และพรพนวดี ตันติศิริรินทร์ (2543)เกี่ยวกับความเครียด การเผชิญความเครียดและการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด รูปแบบในการเผชิญความเครียดและแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ พบได้ดังนี้คือ

สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ

- 1) รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 2) มีความยุ่งยากใจที่จะบอกครอบครัวว่าตนเองเป็นเอดส์
- 3) ขาดความเป็นอิสระในตนเอง
- 4) รับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย

### 5) ไม่ทราบแนวทางการรักษาของแพทย์

รูปแบบการเผชิญความเครียดจะใช้วิธีการแก้ปัญหาเป็นหลัก โดยการแก้ปัญหา 5 อันดับแรกคือ

- 1) การพึ่งพาแพทย์เพื่อรักษาเมื่อมีอาการ เชื่อมมันให้ความไว้วางใจ ในความสามารถการรักษาของแพทย์
- 2) ติดตามข่าวคราวเกี่ยวกับโรคเอดส์ เช่น อ่านหนังสือ ฟังข่าวสาร สอบถามจากบุคคลอื่น
- 3) ปรึกษาหารือกับคนในครอบครัว เกี่ยวกับอาการ การรักษาและการปฏิบัติตนเอง
- 4) ขอความช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากหน่วยงานประชาสงเคราะห์
- 5) พูดคุยกับผู้ป่วยเอดส์รายอื่นๆ

รูปแบบการเผชิญความเครียดโดยการใช้อารมณ์ 5 อันดับแรกคือ

- 1) การมองโลกในแง่ดี คิดว่าตนเองได้มองสิ่งที่ดีจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ตนเองเข้มแข็งขึ้น ทำให้ครอบครัวรักกันมากขึ้น
- 2) มีความหวังว่าทุกสิ่งทุกอย่างจะดีขึ้น
- 3) การสวดมนต์ไหว้พระ
- 4) พยายามลืมเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ
- 5) ทำกิจกรรมที่ชอบ ที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลาย

แหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือ

- 1) ครอบครัว
- 2) ศาสนา ซึ่งนำมาใช้เป็นที่พักทางใจ แก่ผู้ป่วยด้วยการไหว้พระ สวดมนต์ก่อนนอน

นอกจากนี้ บำเพ็ญจิตร์ แสงชาติ (2541) ได้สรุปถึงรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีวิธีการเผชิญปัญหา แบ่งได้เป็น 4 ระยะดังนี้

- 1) ระยะที่ 1 ภาวะวิกฤติทางอารมณ์  
เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การตอบสนองจะแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะมีปฏิกิริยาดังนี้ ตกใจ ตกตะลึง ใจหาย ไม่เชื่อ สับสน งุนงง หวาดวิตก โกรธ เสียใจ ไม่สามารถยอมรับได้ ตัดสินใจไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะทำอะไร กลัวคนรอบข้างรู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสียและสูญเสียทุกอย่างในชีวิตรวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีความเครียดสูง พยายามปกปิดสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการต่างๆ มักไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดหรือยังไม่สามารถปรับตัวได้

## 2) ระยะเวลาที่ 2 การปรับสภาพจิตอารมณ์

ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์พยายามหาวิธีการหรือเหตุผลอธิบายกับตนเองเพื่อบรรเทาสภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ให้สามารถปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดให้ยอมรับ แสวงหาความหมายของชีวิตใหม่ ตลอดจนใช้วิธีการต่างๆ อันจะนำไปสู่การมีปฏิริยาตอบสนองทางบวกได้แก่

ก. หลีกเลี้ยงข้อเท็จจริง ด้วยการไม่พูดถึง ไม่คิดถึง ยากลี้ม พยายามหลีกเลี้ยงสถานการณ์ที่มีการพูดถึงโรคเอดส์ บางรายจะหากิจกรรมทำหรือแสวงหาสิ่งเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ เพื่อให้ลืมเรื่องราวปัญหา

ข. ปฏิเสธไม่ยอมรับ ไม่ยอมรับผลการติดเชื้อ พบว่ามี 2 ประเภทคือ ประเภทต่อต้านสังคม จะไม่แสดงปฏิริยาต่อการรับรู้ผล ไม่สนใจและไม่เปลี่ยนแปลงชีวิต และประเภทที่ให้ความหมายต่อสิ่งที่เผชิญใหม่ด้วยการปฏิเสธไม่ยอมรับ เป็นเรื่องไม่จริงและคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นอะไร ยังเป็นปกติเหมือนเช่นคนอื่น ๆ

## 3) ระยะเวลาที่ 3 การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง

การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปรับความคิดพยายามหาเหตุผลมาอธิบายกับตนเอง ในกลุ่มที่หลีกเลี้ยงจะมีการปรับพฤติกรรมในการที่จะบริหารข้อมูลทางสังคมเพื่อปกปิดฐานะการติดเชื้อ ส่วนกลุ่มที่ยอมรับการติดเชื้อจะมีการปรับพฤติกรรมที่มุ่งแก้ไขปัญหามากที่สุด ได้แก่

ก. ปกปิดฐานะการติดเชื้อ เป็นกลวิธีที่พบบ่อยและมากที่สุดในระยะแรกของการรับรู้การติดเชื้อ ส่วนใหญ่คือการทำตัวตามปกติ การดำรงความสัมพันธ์ทางสังคมตามปกติ ไม่แสดงกิริยาที่เป็นพิรุณในสถานการณ์ใดๆ

ข. เปิดเผยสภาพการติดเชื้อ จะกระทำต่อเมื่อมีความจำเป็นหรือในสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี้ยงได้ เช่น ปราบกฏอาการทางร่างกาย สถานการณ์ของการบอกผลการติดเชื้อจากเจ้าหน้าที่ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว

ค. ยอมรับ มีความคิดด้านบวกต่อการเผชิญปัญหา จะสนใจดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับ ตลอดจนสร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เพื่อหันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่น และลดความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น หากิจกรรมทำให้ไม่ว่าง ฟังเพลง ทำสมาธิ เป็นต้น

ง. รักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การให้อาหารเสริมบำรุงร่างกาย หลีกเลี้ยงอาหารแสลงโรคตามความเชื่อ งดสิ่งบันเทิงนันทนาการ สุขภาพ เช่น เหล้า บุหรี่ ออกกำลังกายและพักผ่อนให้เพียงพอ

จ. ละเว้นพฤติกรรมเสี่ยง ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ยุติการมีเพศสัมพันธ์ กับหญิงบริการทางเพศ

ด. จัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกลุ่มที่จะนำไปสู่กิจกรรมที่ทำลายสุขภาพและการรับเชื้อเพิ่ม

ข. แสวงหาข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคตจากแหล่งความรู้ต่างๆ

ค. ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น เปลี่ยนงาน เปลี่ยนอาชีพ ย้ายที่อยู่ แยกตัวจากสังคม

ง. ฝังระวางและสังเกตอาการผิดปกติจากโรคและรักษา เช่น มีไข้ ท้องเสีย มีตุ่มแผลตามผิวหนัง ปากกลืนเป็นฝ้าหรือแผล

จ. แสวงหาความช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพ จากแหล่งต่างๆ ทั้งที่เป็น การบริการสุขภาพแบบวิชาชีพและแบบทางเลือกหรือแบบพื้นบ้าน เช่น การรณรงค์ การร่ำฝีฟ้า การรักษาด้วยสมุนไพร ตลอดจนพยายามทดลองรักษาเยียวยาแบบต่างๆ

ฉ. สร้างความหวังและความหมายให้กับชีวิต เช่น มีความหวังว่าอาจมีการค้นพบยาหรือวิธีการรักษาโรคเอ็ดส์ได้

#### 4) ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่กับโรคเอ็ดส์

เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการเริ่มทรุดลงเรื่อยๆ ผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอ็ดส์มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองในระยะที่ 3 และพบว่าความพยายามในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตและหาวิธีการรักษาต่างๆ ไม่สามารถหยุดยั้งการดำเนินโรคไว้ได้ ต้องทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กำลังใจและการดูแลจากครอบครัว ส่วนใหญ่จึงต้องเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีบุคคลที่มั่นใจว่าสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ต่างๆได้ แต่ปัญหาความเจ็บป่วยมักทำให้ต้องแยกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมถูกตัดไป มีปัญหาการทำงาน และเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ จึงทำให้หลายรายคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นทุกข์ทรมาน

### 2.7 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอ็ดส์

การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) โดยมีความเชื่อว่า มนุษย์เป็นหน่วยรวมอย่างผสมผสานของ กาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ดำรงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก รวมทั้งสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่ การให้การช่วยเหลือจึงจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆด้านมาใช้ในการทำความเข้าใจมนุษย์และเป็นเครื่องชี้นำในการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมในด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟู



### 2.7.1 บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล

ในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบต่างๆของร่างกาย ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและจิตใจ โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมดังต่อไปนี้

1) สังเกตอาการและอาการแสดง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินอาการรุนแรงและการดำเนินโรค

2) ให้อาตามตามแผนการรักษา ได้แก่ยาปฏิชีวนะ ยารักษาเอดส์ ยาแก้ปวด พร้อมทั้งสังเกตและแก้ไขผลข้างเคียงของยา

3) ดูแลด้านโภชนาการ

4) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการติดเชื้อและการเกิดอุบัติเหตุ เช่นในรายที่มีอาการทางสมอง ต้องระมัดระวังการตกเตียง หกล้ม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย โดยการยกไม้กั้นเตียง

5) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

6) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การสังเกตและรายงานอาการผิดปกติต่างๆด้วยตนเอง

7) ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล เพื่อสนองความต้องการด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อจากผู้ป่วย

8) พยาบาลต้องให้การดูแลระดับประคองด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย โดยให้การช่วยเหลือดังนี้

ก. ประเมินความเครียดของผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

ข. ประเมินสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

ค. จัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจัดการกับสิ่งเร้าที่เป็นปัญหามากที่สุด

ง. วางแผนเพื่อจัดการกับความเครียด ที่สำคัญคือ ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการได้

รับความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของการและการบริการ จากบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัว เพื่อนซึ่ง เป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญต่อผู้ป่วย

จ. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยนำศาสนา มาช่วยในการจัดการกับอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจชีวิต มีความหวังและเห็นคุณค่าของตน

ฉ. สอนวิธีการลดความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) การฝึกหายใจ การทำสมาธิ

9) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น เป้าหมายในการรักษาพยาบาลที่สำคัญคือ การวางแผนให้ผู้ป่วยกลับบ้านโดยเร็วที่สุด โดยมีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติ ให้พร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

10) แนะนำแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ทั้งจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

#### 3.1 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจาก ศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 1999) เป็นการศึกษา ปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (nature) และความเป็นจริง (truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995) ตามแนวคิดของ ปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่บุคคลเกิดประสบการณ์ (Lived experience) เกี่ยวกับโลกที่บุคคลมีชีวิตรอยู่ (life world) และความรู้เกี่ยวกับโลกที่เราอยู่จะเกิดขึ้น ได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตรอยู่ในโลก (being) นั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Van Manen, 1990 cite in จอนณะจาง, 2546)

Edmund Husserl (1857-1938) ถือว่าเป็นบุคคลแรกที่เริ่มต้นการศึกษาปรากฏการณ์ วิทยาแนวใหม่ เขามีความเชื่อว่าประสบการณ์ความเป็นอยู่หรือการมีชีวิตรอยู่ในสิ่งแวดล้อมของ บุคคลไม่สามารถเข้าใจได้ทันทีทันใด แต่บุคคลจะเป็นผู้ที่ให้ความหมายด้วยตนเองต่อประสบ การณ์นั้นๆ บุคคลไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ (dualism) มีความสัมพันธ์ซึ่ง กันและกัน (Koch, 1995) โดยมีแนวคิดหลักที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การให้ความสนใจ (intentionality) คือ มีความตระหนักและมีสติอยู่ตลอดเวลาต่อสิ่งที่กำลังศึกษา 2) องค์ประกอบ สำคัญหรือแก่นแท้ (essence) ของปรากฏการณ์ คือการมุ่งหาสาระสำคัญหรือแก่นแท้ของปรากฏ

การณ์ด้วยความมีสติ 3) การทอนปรากฏการณ์ (phenomenological reduction) คือการขจัดกรอบความคิด การคาดคะเนของตนที่เกี่ยวกับการศึกษาออกจากปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่กำลังศึกษาอย่างแท้จริงและเน้นการให้ความหมายด้วยตัวเองของบุคคล (Koch, 1995)

ต่อมา Heidegger นักปรัชญาชาวเยอรมันที่มีชื่อเสียงมากคนหนึ่งในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 (1889-1976) เป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Husserl ได้นำแนวคิดของ Husserl มาพัฒนาต่อเป็นการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาการแปลความ (Hermeneutic Phenomenology) โดยเป็นผู้ริเริ่มและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงจากการศึกษาวิธีการได้มาซึ่งสิ่งที่เรารู้ (how we know what we know) หรือที่เรียกว่า Epistemology มาเป็น Ontology ซึ่งหมายถึงการศึกษาวิธีการของสิ่งที่อยู่ในโลก และศึกษาความหมายของการเป็นบุคคล โดยเขามีความเชื่อว่าสิ่งที่อยู่ในอยู่และเวลา (being and time) มีความหมายในตัวมันเองสามารถแปลความได้และภาษาเป็นสิ่งสำคัญในการแปลความเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมายนั้น (Heidegger, 1962 cite in Leonard, 1994) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) บุคคล (person) เป็นผู้ที่ให้ความหมายของปรากฏการณ์ที่เขาประสบ ตามความคิดความรู้สึกของเขาเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความเป็นจริงตามทฤษฎี ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นจริงของบุคคลนั้น 2) สิ่งแวดล้อม (world) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรมและค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคล โดยการเรียนรู้ตั้งแต่เกิดและเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้น ซึ่งมีอิทธิพลมาจากสังคม วัฒนธรรมและภูมิหลังของบุคคลนั้น และ 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ นั่นคือบุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ต่อมามีผู้ให้แนวคิดเพิ่มเติมในการศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาเพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลอย่างลึกซึ้ง คือ Gadamer (1976 cite in ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543) ซึ่งเป็นศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของ Heidegger ได้เพิ่มเติมแนวคิดที่สำคัญอีก 2 ประการดังนี้ 1) ภาษา (Language) โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสิ่งกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ ภาษาเป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบและความหมายของภาษา 2) การเชื่อมโยงความหมาย (The fusion of horizons) เป็นการเชื่อมมุมมองของนักวิจัยซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆจากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล สามารถที่จะเข้าใจถึงความหมายที่บุคคลสื่อออกมา ความเข้าใจถูกต้องและลึกซึ้งจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน



และขยายความคิดเห็นต่อกัน เกิดความหมายและความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยา จึงเป็นปรัชญาที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) มีการพัฒนาตลอดเวลา จะอธิบายปรากฏการณ์วิทยาด้วยปรัชญาและวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน จึงต้องทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในหลักปรัชญาและวิธีการศึกษาของนักปรัชญาแต่ละคน เพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัย ในการทำวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาและมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่ต้องการศึกษา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ของ Edmund Husserl มาเป็นแนวคิดในการทำวิจัย ซึ่งเน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล ปรากฏจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) (Koch, 1995)

### 3.2 ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegel berg (1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 1999: 49-54) ได้แบ่งลำดับชั้นที่สำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระดับดังนี้

3.2.1. Descriptive phenomenology คือการสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับยอมรับความไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

3.2.2 Phenomenology of essences คือการสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (theme) หรือแก่นแท้ (essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

3.2.3 Phenomenology appearance คือการให้ความสนใจใฝ่หาดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็นโครงสร้างหรือแก่นความรู้ของปรากฏการณ์นั้นๆได้

3.2.4 Constitutive phenomenology คือการตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิถีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (consciousness)

3.2.5 Reductive phenomenology คือการทอนปรากฏการณ์ เป็นการขจัดความเชื่อส่วนตน ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงมากที่สุด

3.2.6 Interpretive or hermeneutic phenomenology คือการค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ลำดับชั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, phenomenology of essences and Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ โดยวิธีการปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) ตามแนวปรัชญาของ Husserl ซึ่ง Streubert and Carpenter (1999 อ้างถึงใน จอนณะจง เพ็งจาด, 2546) ศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ได้สรุปหลักการในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ว่าประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธีคือ

1) การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวข้องกับการสืบค้น (direct exploration) การวิเคราะห์ (analysis) และการบรรยาย (description) โดยปราศจากการเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (richness) รายละเอียด (fullness) และความลึกซึ้ง (dept) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการคือ

ก. การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายๆครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

ข. การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องที่สำคัญหรือเป็นแก่น (essences)

ค. การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสารเพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2) การสืบค้นแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (probing) ข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3) การทอนความคิด (Reductive) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษา โดยการจัดกรอบ (bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ประสบการณ์เดิมนั้นแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรมไว้ก่อนเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างคำถามและเป็นการมองประสบการณ์ชีวิตของผู้เป็นโรคเอดส์ได้อย่างครอบคลุมและผู้วิจัยมีความตระหนัก

(awareness) ในตนเองตลอดเวลาโดยการพักความคิดของผู้วิจัยไว้ ทำตัวเป็นผู้ไม่รู้ ไม่คิดว่ารู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ที่มีประสบการณ์นั้นโดยตรง

### 3.3 หลักสำคัญของขั้นตอนและวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Streubert and Carpenter (1999) ได้สรุปหลักสำคัญของกระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ดังนี้ (Streubert & Carpenter, 1999)

3.3.1 ระบุปรากฏการณ์ที่จะศึกษาโดยมีเป้าหมายคือการทำทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคลต่อปรากฏการณ์ เมื่อระบุเหตุการณ์ได้แล้ว มีการตั้งคำถามที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหาวิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า บุคคลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ของตนเองให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการวิจารณ์การประเมินหรือให้ความคิดเห็นใดๆในเรื่องนั้น

3.3.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยมักใช้การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัย ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้ดีและยินดีที่จะเล่าประสบการณ์ให้ผู้วิจัยฟัง

3.3.3 ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือ (Tool/instrument) ของการวิจัย ผู้วิจัยต้องฟังการเล่าเรื่องของบุคคลตลอดกระบวนการของการสัมภาษณ์ รวมถึงมีการซักถามในประเด็นที่ต้องการทำให้ข้อมูลมีความชัดเจน หลังจากนั้น ถอดเทปข้อมูล ศึกษาข้อมูลทบทวนครั้งแล้วครั้งเล่า เพื่อให้ได้ความหมายของประสบการณ์ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ด้วยเหตุนี้ นักวิจัยจึงต้องฝึกฝนอบรมตนเองหรือผ่านกระบวนการอบรมเพื่อให้มีแนวคิดพื้นฐานและทักษะในการสัมภาษณ์ สังเกต บันทึก ข้อมูลรวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล

นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในเรื่องที่ศึกษาเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่ไม่ต่อความรู้สึก และมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ผู้วิจัยต้องไม่ควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนาปล่อยให้การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติของการสนทนา (Benoliel, 1988 cite in Streubert and Carpenter, 1999: 58) การสัมภาษณ์ไม่ควรใช้คำถามนำ ควรใช้คำถามปลายเปิด (open-ended) คำถามเพื่อความกระจ่าง (clarifying question) และให้ความสนใจกับการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

3.3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนามและควรถอดเทปทันทีภายหลังการสัมภาษณ์ การถอดเทปควรถอดคำต่อคำ (Verbatim) และตรวจสอบความชัดเจนของข้อมูลอีกครั้ง ถ้าพบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ในครั้งแรกยังไม่ชัดเจนหรือต้องการขยายความ ควรกลับไปสัมภาษณ์อีกครั้งหนึ่ง

3.3.5 ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจนมีความมั่นใจว่า ข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว (Saturation) คือข้อมูลเริ่มซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (themes or essences) เกิดเพิ่มขึ้น

3.3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล จะทำไปพร้อมๆกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและกระทำไปตลอดระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่ผู้วิจัยอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำ ซ้ำหลายรอบ จนมองเห็นภาพที่เป็นสาระสำคัญของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แล้วดึงข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญร่วมออกมา แล้วจัดกลุ่มของข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันที่บ่งบอกถึงสาระในเรื่องเดียวกันให้เป็นหมวดหมู่แล้วตั้งชื่อ ผู้วิจัยต้องพิจารณาว่าสาระสำคัญที่นำเสนอนี้แสดงภาพรวมของประสบการณ์ของบุคคลในปรากฏการณ์นั้นหรือไม่ ในการนำเสนอผลการวิจัยควรยกตัวอย่างคำพูดซึ่งเป็นข้อมูลดิบที่ผู้วิจัยคิดว่าสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

3.3.7 การทบทวนวรรณกรรม จะกระทำภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเป็นจริงโดยปราศจากอคติหรือความรู้ของผู้วิจัยมาก่อน แต่ผู้วิจัยอาจทบทวนวรรณกรรมอย่างคร่าวๆ ก่อนก็ได้

3.3.8 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีการควบคุมคุณภาพของการวิจัยในด้านต่างๆต่อไปนี้คือ (Lincoln and Guba, 1985)

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงเชื่อถือได้ซึ่งประกอบด้วย

ก. การเข้าไปสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement)

ข. มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน

ค. มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาต่างๆของข้อมูลของผู้สืบสวนข้อมูลหลายๆคนที่ต่างๆกัน ของมุมมองทางทฤษฎีหลายๆทฤษฎี ตรวจสอบซึ่งกันและกัน

ง. การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (member checking) ทุกขั้นตอนของการวิจัย

จ. การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing)

2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในกรณีที่เกิดขึ้นในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นๆ

3) การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลักและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำและมีการอ้างคำพูด (direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในนำเสนอข้อมูล

### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการที่ใช้ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป (Induction) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543)

#### 3.4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป (Induction) วิธีการที่ใช้มี 3 วิธีคือ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (Analytic induction) คือวิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูล จากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น เมื่อนักวิจัยได้เห็นรูปธรรมหรือเหตุการณ์หลายๆ เหตุการณ์แล้วก็ลงมือสร้างข้อสรุป ถ้าข้อสรุปนั้นยังไม่ได้รับการตรวจสอบยืนยันก็ถือเป็นสมมุติฐานชั่วคราว (working hypothesis) และรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์สมมุติฐาน ถ้าหากข้อมูลได้รับการยืนยันก็ถือว่าเป็นข้อสรุปซึ่งมีความเป็นนามธรรมในระดับต้นๆ

2) การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดๆ (typologies) ซึ่งเป็นขั้นตอนของเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องกันไป การจำแนกแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ แบบใช้ทฤษฎีและแบบไม่ใช้ทฤษฎี

3) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) คือการใช้วิธีการเปรียบเทียบโดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ เริ่มมีความเป็นนามธรรมมากขึ้น จากการเปรียบเทียบจะพบความสัมพันธ์ใหม่เกิดขึ้นนำไปสู่การสร้างข้อสรุปเชิงนามธรรมและการสร้างทฤษฎี

3.4.2 การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คือเทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อความหรือเอกสาร โดยใช้วิธีการเชิงปริมาณอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย (Objectivity) (Berelson, 1952 อ้างถึงใน สุภางค์ จันทวานิช, 2543) การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัย ไม่มีอคติหรือความรู้สึกของตัวเองเข้าไปพัวพัน ไม่เน้นการตีความหรือหาความหมายที่ซ่อนเบื้องหลังหรือความหมายระหว่างบรรทัด



การวิเคราะห์เนื้อหา อาจไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการเชิงปริมาณก็ได้เพียงแต่ ให้การระบุคุณลักษณะเฉพาะของข้อความหรือสาระอย่างเป็นระบบและเป็นสภาพวัตถุวิสัย (Holsti,1969 อ้างถึงใน สุภางศ์ จันทวานิช) อาจสรุปได้ว่า การวิเคราะห์เนื้อหามีลักษณะสำคัญ 3 ประการคือ มีความเป็นระบบ มีความเป็นสภาพวัตถุวิสัยและอิงกรอบแนวคิดทฤษฎี

นอกจากการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการวิเคราะห์ข้อมูลอีกหลายวิธี ได้แก่ การแปลความข้อมูล (Interpretation) การอธิบายสาเหตุและการเชื่อมโยง การใช้คอมพิวเตอร์ เป็นต้น ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาก่อนดำเนินการวิจัย เป็นประโยชน์ในการใช้วิธีการวิจัย (Research Method) ที่เขียนบนพื้นฐานความเชื่อของคนๆนั้น เช่น Giorgi (1985) และ Colaizzi (1978) จะเชื่อในหลักความคิดของ Husserl ที่เน้นการทำใจให้ว่าง (bracketing) ของผู้วิจัยก่อนดำเนินการวิจัย Van Manen (1984) และ Leonard (1994) จะเชื่อในหลักความคิดของ Heidegger ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้น ในกรอบของ Hermeneutic Circle ว่าการแปลความข้อมูลนั้นสิ่งที่ผู้วิจัยเคยทราบมาก่อนเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ศึกษา สิ่งที่ทราบหรือเข้าใจมาก่อนนั้นอาจเกิดจากประสบการณ์ตรงของผู้วิจัยเอง หรือการทบทวนวรรณกรรมก็ได้ (Heidegger, 1962 cite in Leonard, 1994; Juethong, 1998)

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Suwisith (1996) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้วิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive phenomenology) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นชาวออสเตรเลียที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการของ Colaizzi (1978) ซึ่งผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งได้ เป็น 6 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) ถูกแบ่งแยกจากสังคม (Social discrimination) 2) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (Emotional disturbance) 3) การเปลี่ยนแปลง (Change) 4) การสูญเสีย (Losses) 5) คิดอยากตาย (Suicidal attempts) และ 6) การฟันฝ่าอุปสรรค (Dealing with difficulties for surviving)

ขวัญตา บาลทิพย์ พัชรียา ไชยลังกา และ อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2543) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 ราย ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย สรุปได้ 4 ประการคือ 1) ต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน 2) ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือ

จากบุคคลอันเป็นที่รัก 3) ต้องการให้อภัยและอโหสิกรรมก่อนตาย และ 4) ต้องการตายอย่างสงบ และมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

ซัทสนาญ ฌ นคร และคณะ (2538) ศึกษาบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยศึกษาในเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 254 คน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 86 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเรื่องบทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย และแบบสอบถามเรื่องความต้องการ การพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการพยาบาลแบบองค์รวมอยู่ในระดับมากและต้องการ การดูแลทางด้านร่างกายมากที่สุด ได้แก่ ช่วยบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ ความต้องการด้านจิตวิญญาณรองลงมาได้แก่ ต้องการให้พยาบาลบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความต้องการพยาบาลทางด้านจิตสังคมได้แก่ ให้พยาบาลดูแลด้วยความเต็มใจใกล้ชิด

ภารดี นานาศิลป์ และ พรรณวดี ตันติศิริพันธ์ (2543) ศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียดและการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่ประสมประสานวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้เอดส์ จำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สังเกตร่วมกับใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของ Jarowice ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ 1) รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) มีความยุ่งยากใจที่จะบอกครอบครัวว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ 3) ขาดความเป็นอิสระในตนเอง 4) รับรู้ถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย และ 5) ไม่ทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ รูปแบบการเผชิญความเครียดจะใช้วิธีการแก้ปัญหาเป็นหลัก 3 อันดับแรกคือ 1) การพึ่งพาแพทย์เพื่อเมื่อมีอาการ 2) พยายามติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ผ่านสื่อต่างๆ และ 3) ปรึกษารีหรือกับบุคคลในครอบครัว รูปแบบการเผชิญความเครียดโดยการใช้อารมณ์ที่ใช้คือการมองโลกในแง่ดี การที่ครอบครัวมีความรักความเข้าใจกันเพิ่มขึ้น และการตั้งความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น แหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่สำคัญคืออันดับแรกคือครอบครัว อันดับสองคือ ศาสนา

ปองลดดา พรหมจันทร์ และคณะ (2542) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอดจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดตามแนวคิด

ของโพลด์แมนและลาซาร์ส (1988) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกวิธี ส่วนใหญ่จะเลือกใช้ตั้งแต่ละวิธีเป็นบางครั้ง 4 วิธีแรกที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์คือ 1) การควบคุมตนเอง 2) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 3) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 4) การหนีหลีกเลี่ยงปัญหา ทั้ง 4 วิธีนี้เป็นการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ สำหรับการวางแผนแก้ปัญหาได้รับการเลือกใช้จากกลุ่มตัวอย่างเป็นอันดับที่ 5 อันดับต่อมาคือ การถอยห่าง วิธีการเผชิญความเครียดที่ได้รับการเลือกใช้เป็นอันดับสุดท้ายคือ การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคมและวิธีการเผชิญความเครียดที่ใช้น้อยที่สุดคือ การเผชิญหน้ากับปัญหา

ขวัญตา บาลทิพย์ และคณะ (2545) ศึกษาการรับรู้สุขภาพของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรคปอด รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อวัณโรคปอดจำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของ Colaizzi ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้สุขภาพ เมื่อติดเชื้อวัณโรคปอดใน 5 ประเด็นคือ 1) เหมือนรถที่เสื่อมสภาพ 2) เหมือนแผลเปื่อยที่ลุกลาม 3) เจ็บเจียนตายเหมือนแสงเทียนที่กำลังจะดับ 4) โอบอกใครก็รังเกียจ และ 5) รักษาหายได้แต่ต้องใช้เวลา

ธารทิพย์ กิจไพบุลย์ชัย (2543) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพและการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัว เกี่ยวกับผลการวินิจฉัย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบแปลความ (Hermeneutic phenomenology) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของ Colaizzi ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้คือ

ความหมายของการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ มี 5 ลักษณะคือ 1) เป็นการเตือนให้ระลึกถึงความตาย 2) เป็นสิ่งบั่นทอนการไปสู่เป้าหมายในอนาคต 3) เป็นเหมือนความสว่างและความมืด 4) เป็นการตอกย้ำว่ามีตราบาป และ 5) เป็นคำตัดสินสุดท้าย

ความรู้สึกต่อการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ มี 5 ลักษณะคือ 1) ตกใจ 2) ทำไมต้องเป็นเรา 3) เป็นฉันแน่หรือ 4) ยอมรับได้เพราะอยู่กับความเสี่ยง 5) กังวลว่าชีวิตจะเป็นอย่างไรในอนาคตทั้งต่อตนเองและครอบครัว

ผลของการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพได้แก่ 1) คิดมากกินไม่ได้นอนไม่หลับ 2) การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม 3) เป้าหมายในชีวิตเปลี่ยนไป 4) ไม่มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต คิดฆ่าตัวตาย และ 5) เคยทำอย่างไรก็ไม่เปลี่ยนแปลง

การเผชิญปัญหาหลังจากได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพ ได้แก่ 1) บอกความจริงให้กับคนในครอบครัวเพื่อขอความช่วยเหลือ 2) คิดว่าเป็นกรรมเก่าแล้วสบายใจ 3) พยายามทำใจ

แล้วใช้ธรรมชาติช่วย 4) เบี่ยงเบนความสนใจโดยอยู่กับเพื่อนหรือคนหลายๆและหลีกเลี่ยงไม่พูดถึง คำว่าเอดส์ 5) ปกปิดความจริงไม่ให้ใครรู้ และ 6) หนีปัญหา โดยกินเหล้าข่มใจให้ลืม คิดฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา

ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในการบอกผลการวินิจฉัยแก่ครอบครัว สรุปได้ดังนี้ เหตุผลในการบอกความจริงแก่ครอบครัว ได้แก่ 1) ต้องการความช่วยเหลือเชื่อว่าครอบครัวต้องช่วยได้ 2) ไม่มีความลับกับคนในครอบครัว และ 3) สถานการณ์บังคับให้ต้องบอกความจริง

ผลของการบอกความจริงแก่ครอบครัว พบว่า 1) สบายใจที่ไม่ต้องคอยปกปิดความจริง 2) ครอบครัวประทับใจประคอง 3) ถูกรังเกียจ/ปฏิเสธจากครอบครัวและเพื่อนบ้าน และ 4) ครอบครัวเป็นทุกข์ เหตุผลในการไม่บอกความจริงแก่ครอบครัว ได้แก่ 1) กลัวถูกรังเกียจ 2) กลัวครอบครัวเดือดร้อน ผลของการไม่บอกความจริงแก่ครอบครัว ได้แก่ 1) รู้สึกอึดอัดทุกข์ทรมานใจ 2) ขาดที่พึ่งต้องช่วยตัวเอง 3) ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เคยดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติตัวอย่างไรก็ไม่เปลี่ยนแปลง

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) ศึกษาการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ปฏิบัติการตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย โดยศึกษาย้อนหลัง (Retrospective) และติดตามชีวิตข้างหน้า (Prospective) ภายหลังติดเชื้อ ภายในเวลา 11 เดือน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภาพลักษณ์ของโรคเอดส์ในสายตาหรือความคิดคำนึงของหญิงบริการคือ ผู้ป่วยใกล้ตาย ร่างกายชุ่มพอม เป็นโรคที่รວวันตายและเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ปฏิบัติการตอบสนองด้านอารมณ์ เมื่อแรกรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ ส่วนใหญ่แสดงอาการตกใจ เสียใจในสิ่งที่ได้ยิน มีน้ำตาไหล ภายหลังรับรู้ผลการติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะปกปิดไม่ให้คนอื่นรู้และส่วนใหญ่จะพยายามไม่คิดถึงการเป็นโรคเอดส์ การปรับตัวของหญิงบริการพบว่า 1) การเผชิญปัญหาโดยการปรับสภาพอารมณ์ความคิด โดยหลีกเลี่ยงไม่เผชิญข้อเท็จจริง ปฏิเสธไม่ยอมรับบางราย ยอมรับ รับรู้พร้อมทำใจได้ 2) การปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปกปิดฐานะการติดเชื้อโดยทำตามปกติ แม้มีเรื่องกดดันหรือสะเทือนใจต้องเก็บซ่อนไว้ในใจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเป็นเพราะสถานการณ์บังคับ มากกว่าเป็นแบบแผนของการปรับตัว

Gray (1999) ศึกษาความยากลำบากของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มครัวเรือน เป็นหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 80 คน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า ความยากลำบากของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี มี 4 ประเภทได้แก่ 1) ความกลัว (fear) กลัวว่าความลับถูกเปิดเผย กลัวบุคคลอื่นและสังคมรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี กลัวตายเนื่องจากไม่มียารักษาให้หายขาดได้ 2) ถูกจำกัด (Limitation) ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆที่อยากทำได้ 3) อาการแสดงทางร่างกาย (Symptoms) เช่นอ่อนเพลีย ปวด



น้ำหนักลด ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดตลอดเวลา 4) อารมณ์ (Emotion) เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ จะกระทบต่อบุคคลอื่นหรือคนในครอบครัวและไม่ต้องการให้ครอบครัวเดือดร้อน

Hall (1998) ศึกษาในรูปแบบทางด้านจิตวิญญาณ ในบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ interpretive interactionism กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่มีประสบการณ์ใช้จิตวิญญาณหรือศาสนา ในการเผชิญความเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า 1) การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ให้ข้อมูลซึ่งถูกทราบมาจากสังคม ครอบครัว ให้กลับมาเกิดการติดต่อสัมพันธ์กับครอบครัวและได้รับการสนับสนุนจากบุคคล 2) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายทำให้เกิดความศรัทธาในศาสนา ทำให้เกิดความเข้าใจในชีวิต 3) ยอมรับว่าเป็นโชคชะตา อธิบายเกี่ยวกับชีวิตและความตายได้ ยอมรับตัวเอง

บำเพ็ญจิตร แสงชาติ (2540) ศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเอง ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอชไอวี: ศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีจำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการดูแลตนเองประกอบด้วย 3 กลวิธีคือ 1) การทำใจประกอบด้วย 6 กลวิธีคือการปลง การใช้กรรม การต่ออายุ การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรึกษาหารือหรือขอความช่วยเหลือและการสร้างความหวัง 2) การปกปิดซ่อนเร้น ประกอบด้วย 2 กลวิธีคือ การปกปิดตัวเอง การปกปิดครอบครัวและสังคม 3) การผสมผสานการรักษาประกอบด้วย 3 กลวิธีคือ การบำรุงส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีและการบำบัดรักษาอาการต่างๆ

## 5. สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษารังนี้ สรุปได้ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การศึกษาภาวะสูงอายุ ได้มีนักทฤษฎีเสนอแนวคิดที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุ ในลักษณะของเนื้อหาสาระ ปัจจัยและกระบวนการเกิดความสูงอายุที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน ซึ่งทฤษฎีใหญ่ๆและมีความสำคัญได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพและทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม สำหรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยน



แปลงทางด้านจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมในวัยสูงอายุมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจรวมถึงการปรับตัว

แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่อระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อยได้แก่ วัณโรค เยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ โรคปอดอักเสบ (ยงค์ วงศ์รุ่งเรือง, 2541) ผู้ป่วยต้องเจ็บปวดทรมานทุกขั้ว ทรมานตลอดเวลาที่เผชิญอยู่กับโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่ออาการของโรคดำเนินไป จนถึงอาการของโรคเอดส์เต็มขั้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาทางกายเท่านั้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากถูกสังคมตีตรามองว่าเป็นคนเลว ผิดศีลธรรม เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไม่น่าคบหา (เพ็ญจันทร์ ประดับมุก, 2537) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ผู้ติดเชื้อต้องประสบปัญหาในด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการขาดรายได้ในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว เนื่องจากการตกงาน ถูกไล่ออกจากงาน หรือต้องเปลี่ยนงาน (Suwisith, 1996) เนื่องจากประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือถูกรังเกียจจากเพื่อนร่วมงาน ประกอบกับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ตามระยะเวลาในการดำเนินของโรค ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ส่งผลกระทบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบดังกล่าว นับว่าเป็นวิกฤติที่ร้ายแรงของชีวิต เป็นสภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดและผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากรายงานการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง ที่สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบของปฏิริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อ บำเพ็ญจิตร์ แสงชาติ (2541) ได้สรุปเป็น 4 ระยะคือ 1) ระยะที่ 1 ภาวะวิกฤติทางอารมณ์ 2) ระยะที่ 2 การปรับสภาพจิตอารมณ์ 3) ระยะที่ 3 การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง 4) ระยะที่ 4 การมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเอดส์

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ผ่านมา มีทั้งการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตัวอย่างงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ เช่น งานวิจัยของ Suwisith (1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาทำให้ทราบเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งได้เป็น 6 หมวดหมู่ ได้แก่ 1) การถูกแบ่งแยกจากสังคม 2) มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ 3) การเปลี่ยนแปลง 4) การสูญเสีย 5) คิดอยากตาย และ 6) การฝันผาอุปสรรค

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ ความเครียดและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่งานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาชีวิต: ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ภาพลักษณ์ของโรคเอดส์ในสายตาหรือความคิดค่านิ่งของหญิงบริการคือ ผู้ป่วยใกล้ตาย ร่างกายชubbผอม เป็นโรคที่รื้อวันตายและเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ภายหลังจากรับรู้ผลการติดเชื้อ ส่วนใหญ่จะปกปิดไม่ให้คนอื่นรู้และส่วนใหญ่จะพยายามไม่คิดถึงการเป็นโรคเอดส์ การปรับตัวของหญิงบริการพบว่า

- 1) การเผชิญปัญหาโดยการปรับสภาพอารมณ์ความคิด โดยหลีกเลี่ยงไม่เผชิญข้อเท็จจริง ปฏิเสธไม่ยอมรับบางราย ยอมรับ รับรู้พร้อมทำใจได้
- 2) การปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปกปิดฐานะการติดเชื้อ โดยทำตามปกติ แม้มีเรื่องกดดันหรือสะเทือนใจต้องเก็บซ่อนไว้ในใจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเป็นเพราะสถานการณ์บังคับมากกว่าเป็นแบบแผน

แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจเกี่ยวกับ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของนักปรัชญาแต่ละคนและใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ให้เหมาะสมตามความคิดและความเชื่อนั้นๆ ซึ่งก่อนการดำเนินการวิจัยจำเป็นต้องศึกษาและเข้าใจในความเชื่อของปรัชญาแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ในการใช้วิธีการวิจัย (Research Method) ที่เขียนบนพื้นฐาน ความเชื่อของคนๆนั้น จากแนวคิดและการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl มาเป็นระเบียบวิธีในการวิจัย ซึ่งตามแนวคิดของ Husserl เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing)(Koch, 1995) เพื่อให้สามารถรับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์อย่างแท้จริง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ของ Colaizzi (1978) ซึ่งเน้นที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าวิธีการนี้ เหมาะสมกับปัญหาการวิจัยของผู้วิจัยมากที่สุด และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบพรรณนา (Descriptive Phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Koch, 1995) เป็นการสืบค้นเพื่อจะอธิบายและให้ความหมายกับชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1995)

#### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงจำเป็นที่จะต้องใช่วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามประเด็นที่ศึกษา (Informative case) ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก (Criteria) ผู้สูงอายุที่จะได้รับการคัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักคือ

- 1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์และรู้ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ หลังจากอายุ 60 ปี
- 3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ การได้ยินปกติ สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ (Setting) ที่ทำการศึกษา ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดเชียงรายและพะเยา เป็นจังหวัดที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์รุนแรงมาก ในเขตภาคเหนือตอนบน (กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2547) และผู้วิจัยเป็นคนในพื้นที่จังหวัดเชียงรายสามารถสื่อสารกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งใช้ภาษาท้องถิ่นในการสื่อสาร ให้เข้าใจได้เป็นอย่างดี โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ทั้งเพศชายและหญิง ที่มารับการตรวจ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน

อายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยาจำนวน 4 แห่ง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

2.1 ตัวผู้วิจัย

2.2 เครื่องบันทึกเสียง

2.3 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.4 แนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น (Interview guideline) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

### 3.1 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้อง ตามกระบวนการวิจัยและผลการวิจัยมีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตนเองดังนี้

3.1.1 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยการลงทะเลียนเรียนในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับการที่ผู้วิจัย ศึกษาด้วยตนเองจากการอ่านตำรา เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวกับกรวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งได้แก่แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม ที่สามารถหาคำตอบในระดับลึกและให้มีความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้ลึกนึกคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการแปลความ การให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อระมัดระวังในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์

3.1.3 ผู้วิจัยมีความตระหนัก (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดความอคติจากการคาดเดา หรือมี

แนวคิดลวงหน้า โดยไม่ทำตัวว่าเป็นผู้รู้แล้ว เข้าใจแล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตาม ประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหลักการที่สำคัญ ของการวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl ที่เน้นการให้ความหมายโดยผู้ให้ข้อมูล โดยปราศจากการตีความของผู้วิจัย ค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดลวงหน้า หรือถ้ามีผู้วิจัยต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing)(Koch, 1995) และให้ ผู้ให้ข้อมูลหลักระลึกถึงเหตุการณ์ในขณะนั้น โดยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เล่าเรื่องราวด้วยตนเอง ผู้วิจัยฝึกฝนตนเองเกี่ยวกับเทคนิคการ สัมภาษณ์โดยทั่วไป เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ตลอดระยะเวลาของการทำวิจัย ผู้วิจัย คำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลักและจริยธรรมในการวิจัย

3.1.4 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้ แก่การสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมายและการเขียนอธิบายประเด็น อย่างละเอียด

### 3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2.1 นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา

3.2.2 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประสานงาน การเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเองเมื่อได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยาแล้ว

3.2.3 นำจดหมายที่ได้รับอนุญาต จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และพะเยา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา เพื่อขออนุญาต เก็บข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบที่มีผู้สูงอายุที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดมารับบริการ

3.2.4 ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับแพทย์และพยาบาล ประจำห้องตรวจแผนกผู้ป่วย นอกอายุรกรรม /แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม ในแต่ละพื้นที่ของจังหวัดเชียงรายและพะเยาเพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดี

3.2.5 ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับโครงการศึกษาวิจัย แก่แพทย์ พยาบาล เพื่อทราบถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและประโยชน์ของโครงการวิจัย

3.2.6 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้วิธีการ ใดวิธีการหนึ่ง ใน 2 แบบนี้ได้แก่

1) แผนกผู้ป่วยนอก โดยขอความร่วมมือ จากแพทย์และพยาบาลแผนก ผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและ จังหวัดพะเยา โดยเมื่อมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด มาทำการ



ตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เนื่องจากผู้วิจัย ระมัดระวังและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัย มิได้เข้าถึงตัวผู้ป่วยก่อนได้รับอนุญาต แต่ให้แพทย์หรือพยาบาล ถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับ ความยินดีเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่ผู้วิจัยและยินดีให้ผู้วิจัยได้เข้าพบ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาและการปกป้องรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัย แพทย์หรือพยาบาลทำการจดรายชื่อ ที่อยู่ ที่ติดต่อได้หรือเบอร์โทรศัพท์ นำมามอบให้ผู้วิจัยเพื่อทำการติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่ออธิบายโครงการศึกษาวิจัยอย่างละเอียด เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจเข้าร่วมทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อทำการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้เลือกสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผู้ให้ข้อมูลหลักจากแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมดจำนวน 8 ราย

2) แผนกผู้ป่วยใน โดยขอความร่วมมือจากแพทย์และพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน อายุรกรรมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ในเขตจังหวัดเชียงรายและพะเยา โดยเมื่อมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย โดยมิได้เข้าถึงตัวผู้ป่วยก่อนได้รับอนุญาต ดังนั้นผู้วิจัยขอให้แพทย์หรือพยาบาล ถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลหลัก เกี่ยวกับความยินดีเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่ผู้วิจัยและยินดีให้ผู้วิจัยได้เข้าพบ พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาและการปกป้องรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจเข้าร่วมทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทำการวิจัยพบผู้ให้ข้อมูลหลักที่แผนกผู้ป่วยในตามเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก อธิบายโครงการศึกษาวิจัยอย่างละเอียดผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจเข้าร่วมทำการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทำการวิจัยนัดผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อทำการสัมภาษณ์เจาะลึกภายหลังที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้ว โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้เลือกสถานที่และเวลาที่เหมาะสม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักจากแผนกผู้ป่วยในเลย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลในแผนกผู้ป่วยในมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

3.2.7 เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลหลักยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายในการเยี่ยมบ้านหรือสถานที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและอธิบายซ้ำในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ และให้ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงนามยินยอมหรือให้ความยินยอมโดยใช้วาจา

3.2.8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการ ดังนี้คือ

1) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก(In-depth Interviews) โดยมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guideline) เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ (ดังแสดงในภาคผนวก ก) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้คือ

ก. การรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามทั่วไป เกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ แล้วจำแนกเป็นหัวข้อกว้างๆเป็นคำถาม ปลายเปิด อย่างไม่มีการกำหนดจำนวนคำถามหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว ส่วนคำถามในการสัมภาษณ์จริงจะมีความยืดหยุ่นเพื่อเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก สามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ แล้วนำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาแนวทางการสัมภาษณ์

ข. ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยทำการถอดความเป็นคำต่อคำ (verbatim) ออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร (transcript) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล โดยเปรียบเทียบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่ามียังมีข้อความบางข้อที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยได้ทำการปรับข้อความให้เหมาะสมและเพิ่มข้อความที่ยังไม่ครบถ้วน รวมทั้งการเพิ่มเติมข้อความเจาะลึก เพื่อต้องการข้อมูลจากเรื่องนั้นมากขึ้นหรือไม่แน่ใจคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจดข้อความหรือประเด็นที่ไม่เข้าใจ บางประการไว้ แล้วกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อให้เกิดความกระจ่าง (clarifying)

ค. กลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพิ่มเติมและนำไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรายต่อไป

2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยสังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลและสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

3) การบันทึกภาคสนาม (Field note) โดยบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา การแก้ไขและผลการแก้ไข ที่เกิดกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในขณะสัมภาษณ์ ได้แก่ ใคร ทำอะไรที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร ตลอดจนพฤติกรรม และการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ทั้งวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเทปเพื่อได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

### 3.3 ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนคือ การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ และขณะดำเนินการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

#### 3.3.1 การเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1) ทำความเข้าใจกับประเด็นคำถามและจุดมุ่งหมายของคำถามทุกข้อ เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์อยู่ในเรื่องที่ต้องการ

2) เยี่ยมบ้านผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามวันเวลาที่ได้ทำการนัดหมาย เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรและเกิดความไว้วางใจผู้วิจัย

โดยการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งผู้วิจัยมีสิ่งของนำมามอบให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ นม ผลไม้ ของใช้ที่จำเป็น เช่น สบู่ ยาสีฟัน ผ้าเช็ดตัว และทำการตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต โดยทำภายหลังจากที่ผู้วิจัยแนะนำตัวเองแล้ว เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายและให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก เกิดความคุ้นเคย รู้สึกถึงความเป็นมิตรว่า ผู้วิจัยมิได้มาเอาประโยชน์จากผู้ให้ข้อมูลหลักฝ่ายเดียวแต่เป็นลักษณะที่ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

3) แนะนำตัวเอง อธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัย โดยการเตรียมบท (Script) ในการแนะนำตนเอง (ดังแสดงในภาคผนวก ก.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายเหตุผล ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเทป ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์และการรักษาความลับของผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความเข้าใจอย่างชัดเจน

4) เมื่อผู้วิจัยประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยจึงจะเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

5) เลือกสถานที่ ที่เหมาะสมเป็นส่วนตัว เพื่อให้บรรยากาศในการสัมภาษณ์ไม่ถูกรบกวนหรือเปิดเผยจนเกินไป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งหมด 8 ราย ส่วนใหญ่สัมภาษณ์ที่ห้องรับแขก หรือระเบียงบ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก

### 3.3.2 การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้คือ

1) ก่อนการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ไม่ให้เคร่งเครียดจนเกินไป โดยเริ่มสนทนาในเรื่องทั่วไป เช่น จำนวนบุคคลในครอบครัว สุขภาพ โดยทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักและของบุคคลในครอบครัว ในการสัมภาษณ์ให้เป็นไปตามธรรมชาติ มีความเป็นกันเอง ไม่เร่งรัด ไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่แสดงความคิดเห็นใดๆหรือแสดงอารมณ์ต่อข้อมูลที่ได้รับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่

2) ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักพูด โดยรับฟังอย่างตั้งใจ สบตาหรือพยักหน้า เพื่อแสดงอาการตอบสนอง ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบคำถามโดยไม่ขี้น้ำ โดยใช้คำถามปลายเปิด ใช้ทักษะการทวนความหรือกล่าวซ้ำคำพูด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสำรวจความคิดของตนเองและผู้วิจัยสามารถติดตามความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างต่อเนื่อง

3) สังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก ถ้าแสดงอารมณ์ร่วมขณะตอบคำถาม เช่น ร้องไห้ เศร้าใจ เสียใจ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ชั่วคราวและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกอย่างเต็มที่ โดยรับฟังอย่างตั้งใจแสดงความคิดเห็นและนั่งเป็นเพื่อนผู้ให้ข้อมูลหลัก หลังจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้ระบายความรู้สึกแล้ว ผู้วิจัยจะถาม

ความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่จะสนทนากับผู้วิจัยต่อหรือไม่ ซึ่งในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลหลัก ไม่ได้แสดงอารมณ์ร่วม เช่น ร้องไห้ เศร้าโศกหรือเสียใจ การสัมภาษณ์ดำเนินไปด้วยดี อย่างไรก็ตามมีเพียง 1 ราย ที่การสัมภาษณ์ต้องยุติลงก่อนเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลหลัก มีภารกิจที่ต้องกระทำ ผู้วิจัยจึงยุติการสัมภาษณ์และนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้งหนึ่ง

4) ปิดการสัมภาษณ์ เมื่อครบกำหนดเวลาที่ได้ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือเมื่อสังเกตเห็นพฤติกรรม ที่แสดงถึงความไม่พร้อมให้สัมภาษณ์ต่อไป ของผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น แสดงอาการเหนื่อยหรือไม่สบาย กระสับกระส่าย ผู้วิจัยยุติการสัมภาษณ์และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหา เช่น พาไปโรงพยาบาล ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการปรึกษากับคนในครอบครัวเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือ หรือพิจารณาส่งต่อไปยังแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่ ให้สัมภาษณ์จนครบกำหนดเวลาที่กำหนดไว้

5) กล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยและอธิบายถึงการบันทึกเทป ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำการลบข้อมูลในส่วนที่เป็นเทปเมื่อการศึกษาวิจัยสิ้นสุดลง ภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยได้นัดผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์รายละเอียด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 1-1.45 ชั่วโมง

6) ภายหลังจากสัมภาษณ์ยุติลง มีผู้ให้ข้อมูลหลัก ซักถามในเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสนใจหรือมีปัญหาต้องการได้รับความช่วยเหลือ เช่น การรับประทานยา ยาทานไวรัส ผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและแนะนำไปปรึกษาเกี่ยวกับยาด้านไวรัสที่โรงพยาบาล ในเขตที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอาศัยอยู่

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ปรากฏว่าได้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยจำนวน 12 ราย อย่างไรก็ตามในจำนวนนี้ ผู้สูงอายุ 4 ราย ที่ญาติหรือบุคคลในครอบครัวแจ้งความประสงค์ ไม่อนุญาตให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เนื่องจากเกรงว่าจะกระทบกระเทือนจิตใจของผู้สูงอายุและจะเป็นการนำความลับของครอบครัวมาเปิดเผย สรุปในการวิจัยครั้งนี้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้นจำนวน 8 ราย อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงราย 4 ราย จังหวัดพะเยา 4 ราย เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกทั้ง 8 ราย



#### 4. จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างมาก เพราะการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่เปรียบเหมือนตราบาททางสังคมถูกแบ่งแยกและถูกรังเกียจและผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนแปลกหน้าในสังคม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้อาจมีผลกระทบต่อบุคคลกลุ่มนี้ เช่น สูญเสียความเป็นส่วนตัว สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ดังนั้นการให้ได้มาซึ่งข้อมูล ผู้วิจัยได้ระมัดระวังผลกระทบต่อบุคคลกลุ่มนี้ ให้น้อยที่สุดและในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในทุกขั้นตอนของการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการยินดีเปิดเผยสภาพการติดต่อแก่ผู้วิจัยและความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยมีแพทย์ พยาบาล ถามความสมัครใจ ของผู้ให้ข้อมูลหลักก่อน ว่ายินดีที่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้วิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินยอม แพทย์ พยาบาล ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักจกรายชื่อ ที่อยู่ ที่สามารถติดต่อได้หรือเบอร์โทรศัพท์ ของผู้ให้ข้อมูลหลักนำมามอบแก่ผู้วิจัยเพื่อทำการติดต่อ เพื่อให้ผู้วิจัยแนะนำตัวและอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ ผู้ให้ข้อมูลหลักซักถามและผู้วิจัยให้อธิบายในการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักมีสิทธิในการให้ข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักไม่พร้อมหรือไม่สบายสามารถเลื่อนการนัดและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผู้ให้ข้อมูลหลักรายใดเลื่อนนัดหรือขอถอนตัวออกจากกรวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกรายให้สัมภาษณ์แก่ผู้วิจัยจนถึงสิ้นสุดการสัมภาษณ์

4.3 การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก หลีกเลี่ยงการใช้นามจริง ใช้นามแฝง แทนนามจริง จัดเก็บข้อมูลทุกชนิดไว้เป็นความลับและลบข้อมูลส่วนที่เป็นเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ภายใน 1 เดือน

4.4 ขณะทำการสัมภาษณ์ หากพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีปัญหา ต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาล ที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา (Counseling) จากหลักสูตรการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำหน้าที่รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำ หากปัญหามีความรุนแรง ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในการให้การช่วยเหลือโดยตรง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การรับประทานยาต้านไวรัส การรับประทานยาและแนะนำให้ไปติดต่ออย่างแหล่งบริการสาธารณสุขในเขตที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอาศัยอยู่



## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาตามขั้นตอนของ โคลไลซี (Colaizzi, 1978 cite in Holloway and Wheeler, 1996) ดังนี้คือ

1) ถอดข้อความเทปการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนแบบคำต่อคำ (verbatim) อ่านบทสนทนาย่ร่วมกับฟังเทปซ้ำ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง อ่านคำบรรยาย หรือข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลหลักหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เข้าใจ ในเนื้อหา หรือปรากฏการณ์ที่สำคัญ

2) จัดแยกข้อความที่สำคัญหรือดึงข้อความหรือประโยคสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของการติดเชื้อ โดยขีดเส้นใต้ หรือแยกคำ หรือข้อความสำคัญ นั้นไว้

3) จัดกลุ่มความหมาย เป็นหัวข้อ เป็นหมวดหมู่หรือนำข้อความหรือประโยคสำคัญๆ มา กำหนดความหมายในแต่ละประโยค

4) นำข้อความหรือประโยคที่สำคัญ ที่กำหนดความหมายแล้วนำมาจัดรวมเป็นหัวข้อ (themes) ที่ได้พบบ่อย หัวข้อใหม่ที่พบจะถูกนำมาเพิ่มเติม จนไม่มีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น

5) ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จะถูกนำมาผสมผสาน อธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ของผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างละเอียดครบถ้วน โดยให้เป็นไปในรูปแบบของการบรรยาย เขียนให้มีความต่อเนื่องกันและกลมกลืนกันระหว่างข้อความหรือประโยคและหัวข้อ ต่างๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้ พยายามลดทอนข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป โดยสรุปรวมหรือจัดหัวข้อย่อยไปอยู่รวมกันกับหัวข้อที่มีลักษณะ ประเภทเดียวกันหรือเป็นเรื่องที่อยู่ในหมวดเดียวกัน

6) ตรวจสอบข้อสรุปความตรงของปรากฏการณ์ เป็นการตรวจสอบปรากฏการณ์ ที่ประกอบด้วยประสบการณ์จริงที่สำคัญ ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยนำประเด็นข้อสรุปของปรากฏการณ์ ไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย ที่สามารถสื่อสารอธิบายหรือให้ข้อมูลที่หลากหลาย (Informative Case) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 2 ราย ที่ได้รับเลือกเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ดีที่สุดและมีความยินดีที่จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์แก่ผู้วิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้เรียกว่าเป็นขั้นตอน ของการตรวจสอบ (member checking) ว่าข้อสรุปมีความเป็นจริง ตามที่อธิบายไว้หรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อสรุปสุดท้ายที่สมบูรณ์และเป็นข้อความที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งเปิดโอกาสให้ ผู้ให้ข้อมูลหลักอธิบายเพิ่มเติม ในกรณีที่ข้อมูลไม่ชัดเจนและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เก็บไม่ครบ

## 6. การตรวจสอบคุณภาพของงานวิจัย (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการควบคุมคุณภาพงานวิจัยดังนี้คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงเชื่อถือได้ ผู้วิจัยได้กระทำ ดังนี้คือ เข้าไปสร้างความคุ้นเคยสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ก่อนจะเข้าประเด็นใน

การสนทนา มีการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนคือ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความผู้วิจัยทำการถอดเทปคำต่อคำและมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้ง โดยการฟังเทปซ้ำรวมทั้งรวบรวมบันทึกสั้นๆที่ผู้วิจัยกระทำภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง นอกจากนี้ผู้วิจัยนำสิ่งที่วิเคราะห์ได้กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย ตรวจสอบข้อสรุปของปรากฏการณ์ (Member checking) ว่ามีความถูกต้องหรือไม่และเข้ากันได้กับประสบการณ์ ของผู้ให้ข้อมูลหลัก พร้อมทั้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเสนอแนะถ้าหากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยให้พยาบาลที่จบปริญญาโท จำนวน 2 คน ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ อ่านบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 2 ราย พร้อมทั้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) คือการนำผลการวิจัยไปอ้างอิง ในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักและอยู่ในลักษณะสังคมและบริบทเหมือนกันกับผู้ให้ข้อมูลหลักเท่านั้น คือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา จะไม่นำไปอ้างอิงในประชากรกลุ่มอื่นๆ

3. การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัย ในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลักและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้วิจัยได้ให้พยาบาลที่จบปริญญาโทและทำงานในด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 2 คน เป็นผู้ตรวจสอบ พร้อมทั้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบอีกครั้ง

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วน โดยการฟังเทปซ้ำ และมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลหลักในการนำเสนอข้อมูลและมีการนำภาพสรุปของประเด็น การ code, category ต่างๆมาปรึกษาทบทวนกันระหว่างผู้วิจัยกับอาจารย์ที่ปรึกษา

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Descriptive phenomenology) ตามแนวคิดของ Husserl (Koch, 1995) เพื่อศึกษาถึง ประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หลังอายุ 60 ปี โดยทำการเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ โคลไลซี (Colaizzi) ผลการวิจัยได้เสนอตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1:** ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล

**ส่วนที่ 2:** ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ ประกอบด้วยประเด็นหลัก 2 ประเด็นใหญ่ ได้แก่ 1) การรับรู้การเจ็บป่วย 2) การดำเนินชีวิตและการปรับตัว

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย โดยมีลักษณะทั่วไป จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพก่อนเกษียณอายุ อาชีพปัจจุบัน สถานภาพทางการเงิน ระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์จนถึงปัจจุบันและสาเหตุของการติดเชื้อ ดังแสดงในตารางที่ 1 และจำแนกเป็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายในตารางที่ 2 ทั้งนี้ในตารางที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 8 ราย ผู้วิจัยใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละราย

##### ตารางที่ 1: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
<b>เพศ</b>	
ชาย	7
หญิง	1
<b>อายุ</b>	
60 – 65 ปี	2
66 – 70 ปี	4
71 – 75 ปี	2

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (ราย)
<b>สถานภาพสมรส</b>	
คู่	1
ม่าย	3
หย่า/แยก	4
<b>ศาสนา</b>	
พุทธ	8
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ปริญญาตรี	2
มัธยมศึกษา	2
ประถมศึกษา	3
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1
<b>อาชีพก่อนเกษียณอายุ</b>	
รับราชการ	3
ธุรกิจส่วนตัว	1
รับจ้าง	2
ทำนา	2
<b>อาชีพปัจจุบัน</b>	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7
ทำนา	1
<b>สถานภาพทางการเงิน</b>	
เพียงพอ	5
ไม่เพียงพอ	3
<b>ระยะเวลาที่รับรู้ว่ามีโรคเรื้อรังจนถึงปัจจุบัน</b>	
1 ปี	1
2 ปี	3
4 ปี	1
5 ปี	2
9 ปี	1
<b>สาเหตุของการติดเชื้</b>	
ทางเพศสัมพันธ์	8
<b>การพักอาศัยในปัจจุบัน</b>	
ครอบครัว	7
ตามลำพัง	1

ตารางที่ 2: ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลักจำแนกตามราย

ID	อายุ	เพศ	ระดับการศึกษา	สถานภาพสมรส	อาชีพปัจจุบัน	ความพอเพียงของรายได้	การอยู่อาศัย	สาเหตุการติดเชื้อ
ID1	66 ปี	ชาย	มัธยมศึกษาปีที่ 6	หย่า/แยก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	พอเพียง	อยู่กับลูก	เพศสัมพันธ์
ID2	71 ปี	หญิง	ไม่ได้เรียนหนังสือ	ม่าย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่พอเพียง	อยู่กับลูก	เพศสัมพันธ์
ID3	66 ปี	ชาย	ประถมศึกษาปีที่ 4	หย่า/แยก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่พอเพียง	อยู่กับลูก	เพศสัมพันธ์
ID4	61 ปี	ชาย	มัธยมศึกษาปีที่ 6	หย่า/แยก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	พอเพียง	อยู่กับญาติ	เพศสัมพันธ์
ID5	74 ปี	ชาย	ประถมศึกษาปีที่ 4	ม่าย	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	ไม่พอเพียง	อยู่กับลูก	เพศสัมพันธ์
ID6	64 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	หย่า/แยก	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	พอเพียง	อยู่ตามลำพัง	เพศสัมพันธ์
ID7	68 ปี	ชาย	ประถมศึกษาปีที่ 2	ม่าย	ทำนา	พอเพียง	อยู่กับลูก	เพศสัมพันธ์
ID8	66 ปี	ชาย	ปริญญาตรี	คู่	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	พอเพียง	อยู่กับภรรยา	เพศสัมพันธ์

จากตารางที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 8 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 61-74 ปี ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ หย่า/แยก การประกอบอาชีพก่อนวัยเกษียณอายุ รับราชการ 3 ราย รับจ้าง 2 ราย ทำนา 2 ราย ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร มีรายเดียวที่ยังประกอบอาชีพ ทำนา ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 รายมีรายได้ที่เพียงพอ ส่วนที่เหลือระบุว่าไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ ทั้งนี้เป็นการประเมินลักษณะรายได้จากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล จำนวนปีที่ทราบว่าเป็นสาเหตุการติดเชื้อจนถึงปัจจุบันมีตั้งแต่ 1-9 ปี สาเหตุการติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ทั้ง 8 ราย



## ส่วนที่ 2: ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับ ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ จำนวน 8 ราย โดยผู้วิจัยขอแนะนำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งเป็นประเด็นใหญ่ๆ ได้ 2 ประเด็นดังนี้ คือ

### 1. การรับรู้ความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วยหมายถึง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลการวินิจฉัยของแพทย์ว่า ตนเองตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ความรู้สึกตกใจที่ตนเองติดเชื้อ ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์จริง เกิดความรู้สึกกลัว กลัวได้รับการรังเกียจจากสังคมรอบข้าง กลัวว่าบุคคลอื่นจะติดเชื้อจากตนเอง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 8 ราย ส่วนใหญ่มีอาการนำก่อนไปพบแพทย์ กล่าวคือ มีร่างกายซูบผอม ซุปซิด น้ำหนักลด อ่อนเพลียง่าย ระยะเวลาผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่าอาการต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามวัยของชีวิต เมื่ออายุมากขึ้นย่อมต้องมีโรคภัยไข้เจ็บเป็นของธรรมดา แต่ไม่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคเอดส์ มีบางรายที่เกิดความสงสัยเกี่ยวกับอาการแสดงของตนเอง ว่าอาจติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ โดยทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์จาก สื่อต่างๆเช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์และวารสารต่างๆ

การรับรู้ความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความรู้สึกของตนเองเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ เป็น 3 ประเด็นดังนี้คือ

**1.1 ความรู้สึกตกใจ** คือการที่ผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึก ที่ไม่คาดคิดว่าตนเองตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ หลังจากทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์ ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหู่ใจ หนักใจ เสียใจ ไม่รู้จะทำอย่างไรกับชีวิตของตนเอง ชีวิตเหมือนตายไปแล้วครั้งหนึ่ง เพราะจากการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้สูงอายุบางรายมีการแสดงออกถึงปฏิกิริยาทางร่างกาย ได้แก่ อาการนอนไม่หลับ คิดมาก ร้อน ปากร้อนท้อง ออยากปัสสาวะ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“รู้สึกมันก็ไม่รู้สึกนะ มันอย่างไรก็ไม่รู้ ขอโทษนะ มันร้อนท้อง ร้อนออกปากออกคอคคล้ายๆกับว่าเราอยากปัสสาวะ...ป่า (คำเรียกชื่อแทนตัวเอง) ก็รู้สึกว่ามันตกใจนะ มันตกใจ นึกว่าเป็นไปแบบนี้ เหมือนเป็นครั้งหนึ่งตายครั้งหนึ่งเท่ากัน” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 103-104, L: 117-118)

“ครั้งแรกรู้สึกตกใจและเสียใจ ทำให้คิดมาก และนอนไม่หลับ รู้ตัวว่าชีวิตต้องอยู่ได้อีกไม่นาน ชีวิตจะต้องตายเร็วขึ้น ก็เพราะเรารู้ดีว่าโรคนี้เป็นโรคที่รักษาไม่หาย มีแต่ต้องกินยาบรรเทาอาการ ให้มีชีวิตแต่จะอยู่ได้ไม่นาน และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ก็คือไม่มีใครคบค้า เธอไม่มีใครอยากคบค้าสมาคมด้วย และมองเราว่าเป็นคนที่ไม่มีความ” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 271-279)

“ตอนที่หมอบอกพี่ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) จะทำอะไรก็ไม่มีนะ แต่ก็มีความรู้สึกว่าจะอยู่ได้อีกไม่นาน เพราะว่าโรคนี้มันรักษาไม่หาย...ตอนแรกก็หนักใจนะ ตอนแรกๆว่าจะอยู่ได้อย่างไร อีกอย่างลูกเต้าเรา พี่น้องเราเขาก็ไม่รู้จะว่าอย่างไร (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 216-218, L: 416-417) ตอนแรกก็รู้สึกหดหู่มาก ตกใจ แต่มันก็ธรรมดาของโรคนี้แหละ เพราะมันไม่เหมือนโรคอย่างอื่น ก็แบบว่าเราคงอยู่ไม่ไหวแล้วก็รอถึงเวลา รอระยะเวลาของมันเท่านั้น” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 115-118)

**1.2 ความรู้สึกไม่แน่ใจ** คือการที่ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกถึง ความไม่มั่นใจหรือลังเลว่าตนเอง ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์จริง เนื่องจากความคิดที่ว่าตนเองมีการป้องกันเป็นอย่างดี เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงบริการโดยสวมถุงยางอนามัยป้องกันถึง 2 ชั้น จึงไม่น่าจะติดเชื้อเอชไอวีได้ และไม่มั่นใจในการผลการตรวจเลือด คิดว่าการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีควรตรวจอย่างละเอียดและต้องใช้เวลาในการตรวจหาเชื้อ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ใช้ตอนนั้นยังไม่ค่อยแน่ใจว่าตนเองติด คิดว่าลูกเขาโกหกหลอ (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) คือว่าลูกเป็นคนชอบเที่ยว เที่ยวอยู่เรื่อย ชอบไปเล่นรัมี ลูกก็กลัวว่าเราจะไปเที่ยวผู้หญิง แต่ไม่ไปลูกไม่ได้ไปเที่ยวแบบนั้นตอนไปตรวจเลือดยังไม่ค่อยเชื่อเพราะพอตรวจเลือดปั๊บ เจาะเอาเลือดไปก็ได้ผลเลย” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 12-16)

“ทำใจไม่ได้นะ ก็มาคิดว่าเป็นไปได้ยังไง เราก็ไปเที่ยวผู้หญิงเหมือนกัน เที่ยวคาราโอเกะ เพราะเราไม่ได้เอาเมีย สาวมานั่งกอดมาอะไรก็ชวนไปนอน ไปนอนก็ใส่ถุงยางนะใส่ 2 ชั้น ก็ไม่รู้ว่ามันไปติดตอนไหน จะเป็นก็เป็นเลยนะ (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 127-130) รู้สึกเสียใจมากที่เป็นแบบนี้ ไม่ว่าจะเราจะเป็นหรือคนอื่นเป็น เราก็คิดว่าเป็นไปได้ยังไงเป็นอุบัติเหตุหรือว่าเป็นความประมาทของเรา ทุกครั้งที่เราร่วมหลับนอนเราก็ใส่ถุงยางอนามัยด้วยทุกครั้ง ผู้หญิงเราก็เลือกด้วย รักษาความสะอาดทุกครั้ง เราก็เตรียมป้องกันไว้อย่างดีแล้วเราไม่ได้ประมาท ” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 288-292)

**1.3 ความกลัว** คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เมื่อตนเองต้องมาเผชิญสภาพการเป็นโรคเอดส์ จึงเกิดความรู้สึกกลัวว่าจะได้รับการรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง เกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นผู้แพร่เชื้อให้แก่บุคคลอื่น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ตอนแรก ก็รู้สึกหนักใจ ตอนแรกๆ ว่าจะอยู่ได้อย่างไร อีกอย่างลูกเต้าเรา พี่น้องเราเขาก็ไม่รู้จะว่าอย่างไร พุดง่ายๆก็คือ กลัวเอาไปติดเขา เราก็ว่าเขาทำจะรังเกียจเรา ขยะแขยงเรา” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 416-418)

## 2. การดำเนินชีวิตและการปรับตัว

การดำเนินชีวิตและการปรับตัว เป็นระยะที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสุขภาพของตนเอง ที่เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกรู้สึก ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มากระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ทั้งนี้ การดำเนินชีวิตและการปรับตัวมีรายละเอียดแบ่งเป็น 7 ประเด็นย่อยดังนี้คือ

**2.1 การเก็บเรื่องไว้กับตนเอง** คือการที่ผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในบางส่วนไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลอื่น ซึ่งได้แก่ ลูก ภรรยา บุคคลในครอบครัว และเพื่อนฝูง เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ สังคมมองว่าผู้ที่เป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมล่าสอนทางเพศ เป็นบุคคลที่ไม่น่ายกย่อง เป็นโรคที่ไม่สามารถพูดคุยกับบุคคลอื่นได้ เมื่อตนเองตกอยู่ในสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อและเป็นโรคเอดส์ ผู้สูงอายุจึงกลัวการได้รับการรังเกียจจากสังคมและบุคคลรอบข้าง และการที่โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ บุคคลอื่นไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ นอกจากแพทย์เท่านั้น จึงไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลอื่น นอกจากแพทย์ที่ทำการรักษา แต่บุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณสูงอายุป่วยเป็นโรคเอดส์ เป็นการทราบโดยนัยยะ จากคำบอกเล่าจากบุคคลอื่นๆ และจากอาการเจ็บป่วยของคุณสูงอายุที่แสดงออกมา ผู้สูงอายุทราบว่าบุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณสูงอายุเป็นโรคเอดส์ แต่ไม่ได้มีการนำปัญหามาพูดคุยปรึกษากันในครอบครัวอย่างเปิดเผยหรือพูดกันโดยตรง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“คนในบ้านไม่ได้ปรึกษาใคร ลูกสาวพยายามให้เอง เอายาต้านไวรัสมาให้ทาน... ไม่ได้ขอคำแนะนำจากใคร คนอื่นเขาไม่รู้” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 436-437,439) ก็ปรึกษาหมอ ก็ถามหมอ ว่าที่รักษาสูง (ผู้ให้ข้อมูล) ว่าเป็นอย่างไรบ้าง การที่เราปรึกษาหมอ ก็อยากรู้ว่าอาการเราเป็นอย่างไร หมอเขาคงช่วยเราได้....ไม่ได้มาพูดกับลูกหรือมาปรึกษากันในครอบครัว เพราะเราไม่ออกไปยุ่งกับเขาอะ.” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 158-159,180)

“ไม่พูดให้ใครฟังนะ ก็มันจะมีประโยชน์อะไร เขาไม่ฟังเรา พูดไปก็พูดไปงั้นแหละ ไม่มีอะไร (ID 3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 451-454) ไปปรึกษาหมอ ไปหาหมอ ไปโรงพยาบาลค่าย หมอก็ว่าเรื่องแบบนี้เป็นของใครของมัน ลุง (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ไม่รู้จะว่าอย่างไร แต่ลูกเราเขาสงสัยนะอาการเรา มันฟ้องแต่เราไม่ได้พูดอะไร” (สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 200-203)

“เราไม่บอกใครเลย ไม่ปรึกษาใครเลย เพราะเรารู้อยู่แล้วว่า โรคนี้เป็นแล้วมันก็ตายลูกเดียว ใครก็ช่วยเหลือไม่ได้นอกจากไปหาหมอ กินยาตามที่หมอบอกเขาจัดให้ เราก็กินยา พี่น้องเรา ก็เอายาเอาอะไรมาให้เรากิน พี่น้องเรา เขาก็รู้หมด ก็ไม่รู้ว่าเขารู้มาจากใคร เขาก็รู้ ไม่ใช่ว่าอย่างนั้นอย่างนี้นะ พี่ (ผู้ให้ข้อมูล) มันเป็นคนดัง คนรู้จักมาก เป็นอะไรคนเขาก็รู้กันหมด (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 383-389) ปรึกษาหมอบนคนเดียวเท่านั้น คือเรามาคิดว่าญาติพี่น้องเขาจะมาช่วยเหลืออะไรเราได้ ดีที่สุดก็คือหมอบอก แล้วอีกอย่าง เราก็มองความสนิทสนมกับหมอบอสสมควร หมอนี้ดีกว่าพี่น้อง พี่น้องเพียงแต่มาเยี่ยมเยียน มาดูการกินการอยู่ แต่หมอนี้เขาแนะนำ เอายาเอาอะไรให้เรา คือเราไม่ใช่ว่าไม่อยากปรึกษาพี่น้องนะ คือปรึกษาไปเราก็มองว่าจะปรึกษาอะไร คือไม่ใช่ว่าเราเป็นมะเร็งเป็นลำไส้ เราก็มองกลัวว่าเราเป็นโรคแบบนี้กลัวเขารังเกียจเอา พี่ก็ยังแปลกใจอยู่ว่าหลานเขารู้ได้อย่างไร ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 201-208)

“ไม่ได้บอกใครนะ แฟนก็ไม่ได้บอก แต่แฟนเขารู้มาจากหมอ แฟนเขาก็ไปตรวจ แต่เขาไม่มีเชื้อ หมอเขาก็พูดให้ฟังตอนเราป่วยนี่แหละเขาถึงรู้ แล้วมันก็รู้โดยปริยาย เราก็กินยา กินอะไรไป...ไม่บอกนะเพราะก็อย่างที่ว่า สังคมมันไม่ยอมรับ ก็ไม่รู้ว่าจะพูดให้ใครฟัง เรื่องการกินข้าว กินน้ำ ของใช้ เวลาเราจะไปเที่ยว ไปอะไร จะใช้ร่วมกับเขาก็ลำบาก หมายความว่า เขาไม่ยอมรับคือรังเกียจ ถ้าเขารู้ล่ะ รังเกียจคล้ายจะไม่คบหา เราอาจจะคิดมากได้ เราก็มองเป็นความลับ (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 129-135, 223-225) ปรึกษาแต่หมอ คนอื่นก็ไม่มี เราก็อ่านหนังสือ ฟังข่าวบ้าง เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อ การรักษาจากพระบึ้ง โรงพยาบาลไหนที่เขามีวิธีการรักษาแบบนี้...ไม่ได้ปรึกษาเขา (ญาติพี่น้อง) ส่วนใหญ่เราก็มองปรึกษาหมอ เพราะเขารู้ดีที่สุดว่าขั้นตอนมันเป็นอย่างไง รักษาอย่างไร พวกนี้เขาไม่ค่อยรู้อะไร ” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 37-42, 162-165)

**2.2 ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ** คือการที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก บางรายเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลในครอบครัว ซึ่งได้แก่ ลูกและญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาให้ลูกหลานช่วยเหลือ พาไปรักษาในสถานบริการสาธารณสุข เป็นธุระช่วยจัดการสิ่งต่างๆ เมื่อแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข บอกผลการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเอดส์ ลูกหรือบุคคลในครอบครัวที่พาผู้สูงอายุไปรับการรักษา จึงเป็นผู้ที่ทราบผลการวินิจฉัยร่วมกับผู้สูงอายุ จึงเป็นการรับรู้ร่วมกันภายในครอบครัวเท่านั้นแต่ไม่ได้



เปิดเผยแก่บุคคลอื่นภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายเมื่อทราบผลการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วก็ นำปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีไปปรึกษากับคนในครอบครัว เพื่อช่วยกันหาแนวทางในการช่วยเหลือ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ ก็รู้สึกว่ามันเป็นอย่างไรนะ ทำไมใจสั้น อยู่ไปก็ไม่ค่อยดี ไปไหนเหมือนใจจะขาด มัน ทำไม่ถึงเป็นแบบนี้ ป้า (ผู้ให้ข้อมูล) ก็ไม่รู้เรื่อง ป้าก็เป็นไข้ก็ ที่นี้ลูกชายก็ว่าป้าเป็นอะไร พาป้าไป โรงพยาบาลคูชิ ก็ไปโรงพยาบาล เจอหมอ หมอก็บอกว่า บอกให้ลูกชายว่าจะเอาป้าไปตรวจเลือด ดู ตรวจแล้วก็อย่างว่านั่นแหละ...ลูกเขยก็บอกว่าป้าเป็น เขาไปพูดให้ลูกให้เมียฟังว่าป้าติดโรคนั้น มาแล้ว.....ที่คนในชุมชนรู้มานี้แหละ พวกที่หมู่บ้านนี้มีอยู่คน ที่ไปเจาะเลือดด้วยกันกับป้า ไปตรวจ เลือดเหมือนกัน ไปตรวจพร้อมกัน เขารู้เขาเห็น แต่ตัวเขาไม่เป็น เขารู้ว่าหมอบอกว่าป้ามีเลือดเสีย ไปแล้ว เขาก็เข้าใจแล้วนะว่าเลือดเสีย เขาว่าเป็นเอดส์นี่แหละ เขาก็เลยเอาไปบอกคนอื่นฯ” (ID2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 76-80, 178-179, 188-192)

“ ลูกก็บอกให้เขารู้หมดนะคนในบ้านนี้ บอกว่าไปตรวจหมอบ หมอบอกว่าเราเป็นเอดส์ ทานข้าวด้วยกันก็ได้มันไม่ได้ติดทางนี้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างเดียว....บอกให้ลูกรู้หมดเลย แต่บอกให้ลูกว่าไม่ต้องเสียใจ ลูก(ผู้ให้ข้อมูล)จะปฏิบัติตามคำสั่งหมอบ เดียวนี้ลูกไม่ค่อยห่วงแล้ว นะว่าลูกเป็น เพราะเห็นสภาพลูกแล้วไม่มีอะไรมา (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 250-252, 302-303) ชาว บ้านเขาไม่รู้ว่าลูกเป็น ไปก็พูดกันเรื่องงาน กับเรื่องถามหาลูก เรียนหนังสืออยู่ที่ไหนเท่านั้นแหละ ไม่ใช่ว่าชาวบ้านเขาจะรังเกียจไม่มี ก็เขาไม่รู้ เราไม่บอกให้เขารู้ เราไม่มีอาการให้เขาเห็น ถ้าเขาถามก็บอกว่าเป็นโรคไต มีไบบี้นัยของแพทย์ กลัวเขารังเกียจ....ลูกไปปรึกษาญาติพี่น้องที่บ้าน เขาก็บอกให้ลูกรักษากับหมอมที่มีปริญญา มีความรู้จะได้ช่วยชีวิตลูก ได้ ” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 217-221, 297-299)

“เขาเอาลูก (ผู้ให้ข้อมูล) เข้าไปสัมภาษณ์ก่อน สัมภาษณ์ลูกแล้วก็เอาลูก (ลูกของผู้ให้ข้อมูล) เข้าไปถาม ลูกก็ถามเขาว่า การที่ลูกติดเชื้อแบบนี้แล้ว เวลาอยู่กับลูกกับเต้า การกินการอะไร ต้องทำอย่างไร.....ในครอบครัวนี้หรือก็ปรึกษากันนะ ก็มันรู้มาจากหมอแล้วรู้ที่เรากลัวติดกลัวมา แปรเปลี่ยนกันนี้แหละ มันก็ไม่ติดหรอกนะ (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 565-567,606-607) ลูกก็ปรึกษากับ หมอ ต้องฟังหมอบไปตลอดกับลูกก็พูดเมื่อเป็นแต่แรกๆ ก็พูดให้เขาฟังตั้งแต่ต้น เขาก็ไม่ว่าอะไรให้ ลูก.... เวลาลูกใช้ไปเอาหยูกเอายา เขาก็จะถามว่าลูกเป็นอะไรถึงต้องไปเอายา เขาก็ต้องแจ้งให้เขารู้ เขาก็จะเป็นคนวิ่งเต็นไปเอายาเออะไร...ก็รู้สึกโล่งใจ ไปแบบว่าไม่ต้องคิดอะไรแล้ว เขา (ลูก ของผู้ให้ข้อมูล) รู้เรื่องราวของลูกแล้ว ใจลูกก็สบาย อย่างว่าบอกให้ลูกไปเอายามาให้ลูก ลูกก็ไป เอา พยายามแล้วก็ให้ลูกไปเอายาบ้าง เพราะหมอบอกว่าให้ลูกมาบ่อยๆ หมอจะได้เห็นว่าสุขภาพ ของลูกเป็นอย่างไรบ้าง” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 636-638, 642-644,654-657)



“เราไม่ค่อยได้ไปโรงพยาบาลนะ พอยาหมด ลูกก็ไปเอายามาส่งให้เรา เขาอยู่ที่โน่นอยู่ ใกล้โรงพยาบาล เขาก็เอายามาให้เรา มีอะไรก็จะบอกลูก” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 483-485) คนอื่นเขาไม่รู้ รู้ก็แต่ลูกๆ ...เราไม่บอกคนอื่นๆ ไม่บอกเพราะกลัวว่าเขาจะรังเกียจ ถ้าเราไปไหน กลัวเขาจะรังเกียจเอา เราอยู่ๆไปเรารู้ตัวเรา เราก็อายยามห่างมันก็ไม่แน่นอนนะ เพราะคนบางคนก็ชอบรังเกียจคน บางคนก็สงสารคน เราก็อายไม่ได้บอกใคร (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 102, 104-108)

**2.3 ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เอาใจใส่ในเรื่องการปฏิบัติตน เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถชะลออาการของโรค ไม่ให้ระยะของโรคลุกลามเร็วขึ้น โดยการแสวงหาสิ่งบำรุงรักษาสุขภาพ ซึ่งได้แก่การ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ผัก ผลไม้ อาหารเสริมจำพวกนม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นพิษต่อสุขภาพ ได้แก่ การไม่รับประทานของดิบ หรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นของแสลง งดการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การรับประทานยาสมุนไพร การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การหายาด้านไวรัสมารับประทาน การทำใจให้สบาย ไม่คิดมาก และจากการที่ผู้สูงอายุเคยเห็นอาการของผู้ที่เป็นโรคเอดส์ที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่ต้องพบกับความทุกข์ทรมานจากโรค ผู้สูงอายุจึงกลัวว่าเมื่อตนเองต้องตกอยู่ในสภาพแบบนั้น จะเป็นภาระแก่ลูกหลานที่ต้องมาดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องเอาใจใส่สุขภาพของตนเองให้แข็งแรง เพื่อเป็นการชะลออาการของโรคไม่ให้ทรุดเร็วขึ้น โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้คือ

**2.3.1 การแสวงหาสิ่งบำรุงรักษาสุขภาพ** คือการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น รักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า รับประทานยาสมุนไพร ยาด้านไวรัส การออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การทำจิตใจให้สบาย ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพตนเองและ การชะลออาการของโรคไม่ให้ดำเนินไปเร็วขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ดูแลตัวเองก็อยู่ไป มีอะไรก็กิน อยากกินอะไร เราก็ออกไปซื้อกินบำรุงตัวเองนะ ทุกวันนี้ก็มีของหวาน มีอะไรก็ทานนั่นไป บางทีลูกก็ซื้อส้มเขียวหวานบ้าง ซื้ออะไรมาไว้ให้กิน ละมุด ก็ซื้อมาให้กิน นั่นแหละ เขาอยู่เฉยๆเขาก็อยู่ไม่ได้ ซื้ออะไรมาให้ น้ำยาบ้าง น้ำยานั่นแหละที่ว่ามันเป็นยาลม ยาอะไรเขาก็ซื้อมาเยอะเยอะ ให้ดื่มกินน้ำ มีเห็ดลม รากอะไรอีกก็ไม่รู้... รักษาตัวเองหรือ รักษาไปอย่างนั้นแหละ อยู่ไปอย่างนั้น เราก็ต้องรักษาเนื้อรักษาตัวเรา ทุกวันนี้หรืออยู่ไปอยากกินอะไรก็กิน เขาบอกเอานั่นมากินให้แข็งแรง ลูกเขาไปซื้ออะไรนะ เลือดผา เลือดเลี้ยงผาแค่นี้ละ 200 บาท เอาดองน้ำฝนกิน ให้มันอยู่สบาย ” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 495-499, 501-505, 511-512, 514-518)

“ตั้งแต่ผมเป็นโรคนี้แหละ ผมไม่เหมือนคนอื่น ผมดูแลเอาใจใส่ร่างกาย กินอาหารดีๆ ผลไม้ โอวัลติน อาหารเสริมจำพวก แลคตาซอยอะไรนี่แหละ....ถ้าใครปฏิบัติเหมือนผมน่าจะอยู่ได้อีก นาน หมอบอกว่าอยู่ได้เป็นสิบปี กินยาต้านไวรัสไปเรื่อยๆ ไม่เว้นยา ถ้ามีอาการลุกไม่ได้เพสียก็รีบ ไปหาหมอ...ก็แบบนี้แหละ ไม่เครียด ทำใจให้ดี ปลงตก เพราะเราเป็นโรคนี้ โรคร้ายแบบนี้ เรา ปลงตก เราทำใจ ทำอะไรให้เหมือนที่เราเคยอยู่ ก็อยู่กินอาหาร พักผ่อนไปแบบนี้แหละ” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 62-63, 71-73, 256-257)

“เราต้องระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน ระวังว่า อันไหนเรากินแล้วมันคัน เราก็หยุดกิน พยายามไม่กินของดิบ กินแต่ของสุก...อย่างอื่นก็มียานี้แหละ ลุงคิดว่า มันต้องกินทุกวัน ทั้งมัน ไม่ได้ กินยาทุกวัน มันทำให้แข็งแรง ทำให้โรคไม่กำเริบขึ้นมา พยายามกินยาตัวนี้มันจะดับลง ให้ มันหายมันก็ไม่หายนะ แต่บรรเทาเอาไว้ ไม่ให้เราไม่ใช้ก็พอแล้ว” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 178-182, 189-192)

“ของดิบนี้ไม่กินมาตั้งแต่เด็กๆแล้ว และเนื้อวัวเนื้อควายนี้อาจที่เป็นลาบเราก็ต้องคั่วก่อน แต่เดี๋ยวนี้เราไม่กินเลย ไม่แตะต้องเลย... ไข่ไม่กินเลย คือมันอย่างนี้นะ เอาอย่างนี้ก็แล้วกัน หลังจากพี่ มีอาการมานี้ พี่ก็ตัดเลยไม่กินเลย คือพอเรารู้ จากหมอบอกว่าเราเป็นโรคแบบนี้กินอาหารนั้น อาหารนี้มันเป็นพิษ วัวควายมันมีพิษแบบนี้แหละ เราก็เลยเลิก...กินน้ำอุ่นตลอด เราก็เอาเปลือก ไม้ที่เป็นสมุนไพรผสมลงไปด้วย และก็มีต้นรากสาด เอามาต้มกินกับใบทับทิมก็กินแบบนี้ น้ำเย็น น้ำประปาไม่กินเลย...กังวลนี้กังวลเกี่ยวกับล้มเจ็บป่วยมากๆ หมายความว่าถึงขั้นลุกไม่ได้ เดิน ไม่ได้ พี่ก็กังวลแบบนี้แหละ กลัวเป็นภาระเพราะฉะนั้นพี่ถึงออกกำลังกายตลอด กลัวว่าถ้าเราล้ม เจ็บจะไม่มีใครเอาใจใส่ ไม่อยากให้เป็นภาระให้ลูกหลานญาติพี่น้อง”(ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 131-133, 136-140, 334-336, 889-893) ก็ที่พี่บอกไปนั้นแหละ พักผ่อนให้มาก กินอาหารที่ดีมีประโยชน์ ต่อร่างกาย เรื่องผิวพรรณนี้เราต้องอาบน้ำอาบทำ กินข้าวแล้วก็ต้องแปรงฟันสองครั้ง สามครั้งถ้า มีเวลานะ กินข้าวเสร็จแล้วก็แปรงฟัน ตอนเย็นกินข้าวแล้วก็ต้องแปรง ถ้าตอนกลางวันเรากินข้าว บำบัดแล้วเราก็แปรงคือหมายความว่าความสะอาดนี้พี่ถือเป็นอันดับหนึ่ง....เราต้องดูแลตัวเองเรื่อง ความสะอาด เรื่องการออกกำลังกาย เรื่องสภาพจิตใจ เราต้องทำให้มันพร้อมกันไปหมดเลย มัน ช่วยเราได้มากเลย มันดีขึ้น มันทำให้เรากระชุ่มกระชวยทำให้จิตใจเรามันดี มีร่างกายแข็งแรงไม่ เจ็บนั้นไม่เจ็บนี้” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 269-273, 370-374)

“อาการการกินนี้ พอเราคิดอันไหนได้ว่า กินดีเราก็ไปเสาะหามากิน ก็กินไป หนึ่งร้อยแปด อย่าง กินไปเหมือนเดิม แกงเนื้อแกงปลา เนื้อวัวเนื้ออะไรก็กิน ไม่เน้นอะไร เราก็ไม่รู้สิทุกอย่าง เรา พยายามไม่คิดถึงมัน เราก็อยู่ไปเฉยๆ ถึงเวลากินยา เราก็กินยาเสีย ทำใจ อยู่อย่างสบายๆ เราจะ

มานั่งรอวัน คิดไปเรื่อยๆมันก็คงจะไม่ดี กลัวจะทรุดโทรม เราทำใจได้ เราก็ทำงานไป มันก็ลืมๆไป เป็นบ้างข้อบางตอน” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 347- 352)

“ก็ปรับตัวด้านการกินอาหาร การออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายอยู่สุขสบาย หมายความว่าเรา ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ เราก็เดินบ้าง วิ่งบ้างวิ่งเหยาะๆบ้าง ทำการทำงานเล็กน้อยๆไป (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 441-445) ออกกำลังกายเข้าเย็น ดูแลเรื่องอาหารการกินบ้าง กินของที่ไมแสดง จนเกินไป กินของที่มันมีประโยชน์ กินแล้วสังเกตดูว่าอันไหนที่กินแล้วมันมีความรู้สึกที่ไม่ดีเรา ก็งดเสีย ส่วนมากก็อาหารจำพวก อาหารทะเล กินแล้วรู้สึกมันคัน (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 139-143) กินยาต้านไวรัสรู้สึกดีกว่าดีขึ้น ซีดีโฟเดี่ยวนี่ขึ้นมามากแต่ก่อนมีไม่ถึงร้อยเดี่ยวนี่สามร้อยกว่า ....ส่วนมากหมอแนะนำให้เรากินยาต้านไวรัสให้ตรงตามเวลาหมอเขาบอกว่าถ้าไวรัสไหลดยังไม่ลดลง อาจต้องเปลี่ยนยา เสียค่าเจาะไวรัสไหลด ห้าพันนะ แต่เราไม่เคยดร้อนเราเอามาเบิกได้ ค่ายาอะไรก็เบิกได้หมด” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่3 L:118-119; 170-172)

**2.3.2 การหลีกเลี่ยงสิ่งบั่นทอนสุขภาพ** คือการที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก พยายามดูแลสุขภาพของตนเอง โดยการพยายามลดหรืองดเว้นสิ่งที่ทำลายสุขภาพ ได้แก่ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ การทำงานหนัก การนอนดึก ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้อาการของโรคทรุดเร็วขึ้น จึงควรหลีกเลี่ยง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“เดี่ยวนี่ก็ยังกินเบียร์อยู่ แต่กินน้อยๆ เหล้าเบียร์นี้ หมอเขาไม่ให้กิน แต่เรายังแอบกินอยู่ เพราะเพื่อนฝูงมาเที่ยวหา มาที่บ้านนี้ เวลาว่างก็พบปะกัน พูดกันเรื่องเก่าเรื่องหลัง แต่เรากินเหล้าน้อยๆ เพราะเรารู้ตัวเอง....เราอ่านเอกสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ก็ปฏิบัติตามนะ ขออย่างเดียวอย่าไปกินเหล้า หลับดึก ทำงานหนัก แค่นั้นแหละ” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 204-207, 546-548)

“หมอเขาก็บอกให้รู้แล้วว่า เชื้อตัวนี้มันอยู่กับตัวเราแล้ว เขาก็ว่าห้ามทำงานอะไร งานหนักห้ามทำ ให้อยู่บ้านเฉยๆ อยู่กับลูกให้ลูกเลี้ยง ลูกก็เชื่อฟังคำของหมอบบแบบนี้แหละ....ตอนนี้ไม่ทำงานในไรในนาแล้ว เพราะว่าทำไม่ได้ นั่นแหละ หมอบอกไม่ให้ทำ ถ้าไม่มีตัวนี้ ก็ทำเหมือนเดิม คงจะได้ล่ะ กลางวันมาก็คงอยู่ในไรในสวนนั่นแหละ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่1 L: 415-418, 442-444)

“พอเรารู้ว่าเราเป็นแบบนี้แล้ว เราก็ต้องทำใจ พยายามทำตัว รักษาตัวเองเอาใจใส่ หมายความว่าพื้ไม่กินเหล้า ไม่กินเบียร์ ไม่สูบบุหรี่ แต่บุหรี่ยี่ช่วงหลังๆก็สูบบ้างเป็นบางครั้งบางครั้ง เวลาว่างทำอะไรเขยื้อนให้ อะไรพวกนี้ แต่ไม่ได้สูบบเป็นประจำนะ ชีวิตของพื้เนี่ย ตอนนี้อยู่คนเดียวแล้ว เหล้าเบียร์ไม่แตะต้อง...เมื่อก่อนนี่เคยสอนพิเศษ ตอนนีพื้ก็ไม่สอนเลิกไปเลย เพราะรู้ว่าสุขภาพเราไม่ดีแล้ว เราจะไปเครียดกับมันทำไม ความเครียดนี้ทำให้เราไม่สบายที่สุด พื้ก็เลยไม่เอา ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 320-324, 740-744)

“เราจะไปกินเหล้าแบบนี้หรือก็ได้ เพราะเรามีเชื้ออยู่ประจำตัวเราแล้ว เราไปกินเหล้า ถ้าเราเมา เราจะไร ก็กลัวว่าจะทรุดลงไปอีก....เหล้าเรากินอยู่แต่ลดลงไปคือกินเป็นยา เอามสมยา ดองเหล้ากินวันละแป้ก เป็นยาสมุนไพรว” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 586-588, 590-591)

**2.4 การลด/แยกตัวออกจากกิจกรรมทางสังคม** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ การที่บุคคลอื่นพุดคุยเรื่องโรคเอดส์จึงเป็นการตอกย้ำว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นที่รังเกียจของสังคม ก่อให้เกิดความไม่สบายใจ ทำให้คิดมาก จึงหลีกเลี่ยงโดยการไม่พุดถึงโรคเอดส์ หลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลอื่น โดยไม่ทำตัวใกล้ชิด การลดบทบาทตนเองทางสังคม เช่นการเป็นประธานหรือกรรมการของกลุ่มต่างๆ การลดกิจกรรมที่ต้องมีการพบปะกันในหมู่เพื่อนฝูง เช่น งานพบปะสังสรรค์ ทั้งนี้การลด/แยกตัวออกจากกิจกรรมทางสังคมเป็นผลอันเนื่องมาจากประเด็นสาเหตุใน 5 ลักษณะคือ 1) กลัวคนรังเกียจ 2) กลัวเจ็บป่วย 3) กลัวทำให้ผู้อื่นติดเชื้อ 4) กลัวได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ และ 5) กลัวได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น โดยในรายละเอียดของแต่ละประเด็นย่อยมีดังนี้

**2.4.1 กลัวคนรังเกียจ** คือการที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยง การพบปะกับบุคคลอื่น การระมัดระวังตัวเองพยายามไม่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น โดยเฉพาะในระยะที่ตนมีอาการแสดงของโรคเช่น รูปร่างซูบผอม เป็นตุ่มตามร่างกาย โดยกลัวว่า เมื่อผู้อื่นเห็นอาการของตนก็จะรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคเอดส์และจะแสดงความรังเกียจ รวมถึง การไม่พุดคุยเรื่องโรคเอดส์กับคนกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน เนื่องจากบุคคลอื่นไม่เข้าใจ ไม่ทราบประสบการณ์ที่ตนเองประสบอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“บางทีคิดอยู่ไปคนเดียวแบบนี้แหละ จะทำอย่างไรล่ะ วันนี้จะไปเที่ยวนะ คิดไปคิดมา ก็ไม่ไปกลัวเขาจะว่าให้ คิดว่าตัวเองเป็นแบบนี้ไปแล้ว ไปเที่ยวบ้านเขาก็ไม่ไปล่ะ ก็เลยอยู่บ้านเสีย” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 616-618)

“ไม่กังวลอะไรนะ คนอื่นเขาไม่รู้ จะกังวลก็แต่ที่เป็นตอนแรกๆ ตัวเราผอม เราดำแล้วก็ออกตุ่ม ไม่กล้าออกไปไหน ไม่อยากพบปะใครเขา คนอื่นมองเราเขาจะสงสัยได้ว่าเราเป็น แต่เดี๋ยวนี เราสบายดี เป็นแรกๆ ก็กลัว คือไม่อยากกินอาหารกับเขา ซี้้ออะไรให้ก็ไม่อยากกิน เขาพาไปเลี้ยงเราก็ไม่อยากไป พุดง่ายๆคือเราเก็บตัว” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 460-465)

“เวลาวันพระนี่ ไปวัดตลอดนะ เมื่อไม่ติดเชื้อก็ทำมาก่อนแล้ว พอติดเชื้อแล้วไปได้ก็ไปเมื่อตอนเป็นแรกๆ มันผอมนะ เราไม่ไปกลัวเขารู้ เราก็อายตัวเอง ตามันกลวงๆ ผอมไปนะ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 1006-1009)



“มีหลายสมาคมที่เขามาชวนพี่ แต่พี่ไม่ไป คือเรารู้ว่าคนที่ชวนเราไปเป็นคนดี แต่เราไม่รู้ว่าคนที่เขาอยู่ในชมรมนั้นเขาอาจรังเกียจเรา เพราะเราเป็นโรคที่ว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ สังคมรังเกียจนี่แหละ อย่างวัดนี้ถ้าพี่ไป เขาจะให้พี่เป็นประธานเป็นกรรมการ เรื่องเก็บเงินอะไรพวกนี้ แต่พี่บอกว่าไม่เป็นมีชื่อเป็นกรรมการเท่านั้นแต่เราไม่ไปเป็นตัวตั้งตัวตี” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 310-314)

“เรารู้สึกเสียวๆ ตัวเราก็ไม่ผูกพัน ไม่พยายามไปใกล้ชิด เราพยายามห่างๆ เขา หมายความว่าเราไม่อยากจะผูกพันกับเขา กลัวเขาจะรู้ขึ้นมาว่าเราติดเชื่อแล้วกลัวเขาจะรังเกียจเอา...เราไม่อยากจะไปคลุกคลีกับใคร ทำให้เราอยู่อย่างโดดเดี่ยวไปอย่างนั้นละนะ ไม่อยากไปหาคนนั้นคนนี้ ไม่อยากไปกินอะไรร่วมกับเขามากนักจะไปซุ่มกันเป็นหมู่เป็นฝูงเราก็ไม่อยากไป กลัวเขารังเกียจเรา ว่าเราติดแบบนั้นแบบนี้ กินน้ำกระบอกก็ไม่อยากใช้ร่วมกับเขากลับเขาติดแบบนั้น เรามาเห็นเขาทำกับคนที่ติดเชื่อเราก็มาคิดถึงตัวเราว่าเขาจะทำกับเราบ้างนะ ” (ID7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 115-119, 266-273)

“ก็ไม่มีอะไรนะ แต่จะไม่กล้าพูดกับคนอื่น จะพูดก็แต่คนในกลุ่มเดียวกัน กลุ่มที่ไม่ได้เป็นอย่างไร เขาก็ไม่รู้ประสบการณ์ที่เรามี เรารู้ตัวของเราเอง เราไปพูดให้เขาฟังก็กลัวเขาจะรังเกียจ คนมันมีหลายอย่าง บางคนก็ว่าร้าย มันจะทำร้ายจิตใจเรา กลัวคิดมาก เรามันเป็นโรคที่ไม่ธรรมดา” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 248-249, 252-255)

**2.4.2 กลัวเจ็บป่วย** คือการที่ผู้สูงอายุ ลดการเข้าไปมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมทางสังคม ลดบทบาทตนเองทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมต่างๆ การได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธาน กรรมการของกลุ่มต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการสร้างภาระแก่ตนเอง ทำให้ตนเองเหน็ดเหนื่อยร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้สุขภาพทรุดเร็วขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ คือว่าไม่อยากเข้าไป ไม่อยากไปเข้าสังคม มั่วซุ่มกับหน่วยงานอะไรก็ตาม เช่นเรามีชมรมคนแก่ ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมข้าราชการมีหมด แต่ถ้ามีประชุมก็ไป เขามาเก็บเงินบำรุงพี่ก็ให้ แต่เวลามีกิจกรรมเราไม่ค่อยเข้าร่วม คือที่พี่ (ผู้ให้ข้อมูล) ไม่เข้าร่วมเพราะเรารู้ตัวเราแล้วว่าเราทำอะไรไม่ได้ เดี่ยวนี้ร่างกายเราก็ไม่ได้สมบูรณ์เต็มที่ แต่ก่อนนี้เราเป็นคนคล่องแคล่วว่องไว ขนาดที่วัดนี้ขอให้พี่เป็นประธานนั่นประธานนี้ พี่ยังไม่เอา ขอพักผ่อนอย่างเดียว (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 558-566) เราไม่อยากไปไหน ไม่อยากเป็นสมาชิกชมรมอะไร คือเราแก่ตัวแล้ว พี่ยึดอยู่อย่างเดียว คือ พี่ทำตัวของพี่ ถึงเวลา ก็ไปเอายาจากหมอ ออกกำลังเสีย เพราะฉะนั้นเราไปเป็นสมาชิกนั่นเราก็จะเอาตัวเองไปตรากตรำ เดี่ยวเขาก็ต้องเรียกไปประชุม ไปอะไรแบบนี้ เราไม่อยากไป คือมันสร้างภาระให้เราแบบนี้ มันจะลำบาก มันจะเหน็ดเหนื่อย ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 328-329, 331-335)



“เราไม่ยอมเข้ากลุ่มกันมาก ก็พยายามห่างๆกันไป แต่ก่อนเคยกินอยู่ด้วยกัน ไปเที่ยวด้วยกันชื่อนั้นชื่อนี้กินด้วยกัน แต่เดี๋ยวนี้ห่างๆกันไป จะให้ไปซื้อ ไปกินเหมือนเมื่อก่อน ไม่มีแล้วนะ ไม่ไปแล้ว เพราะว่าอะไรล่ะ เราจะไปกินแบบนั้นหรือก็ไม่ได้ เพราะเรามีเชื้อประจำตัวเราอยู่แล้ว เราไปกินถ้าเราเมา เราอะไร ก็กลัวว่าจะทรุดลงไปอีกนะ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 581-588)

**2.4.3 กลัวทำให้ผู้อื่นติดเชื้อ** คือการที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงไม่ไปคลุกคลีกับผู้อื่น เนื่องจากคิดว่าตนเองอาจแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ โดยการรับประทานอาหารร่วมกัน โดยลมหายใจ หรือการไปบ้านผู้อื่นไปนั่งโต๊ะเก้าอี้ที่บ้านของผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นติดเชื้อจากตนเองได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ถ้าเรากินเราต้องใช้ช้อนกลางส่วนตัวเราตักกินนั่นแหละ เพราะว่าเราต้องระมัดระวัง เพราะเรารู้ตัวเรา เราเป็นโรค เราเป็นโรคนี้ เราต้องพยายามไม่ให้เขารังเกียจ ไม่ให้เชื้อแพร่ไปหาเขา ถึงเขาไม่ว่าแต่เราก็ต้องทำ.” (ID4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 108-113)

“หมายความว่าเราพยายามไม่ให้ลูกหลานมาคลุกคลีใกล้ชิดกับเรามากที่สุด คือไม่อยากให้เขามานอนด้วย คือกินด้วยได้ แต่ไม่อยากให้มานอนด้วย คือเราไม่ใช่ว่ารังเกียจนะ แต่เราเป็นแบบนี้แล้วเรากลัวมันอาจมีอาการไปติดเขา บางทีลมหายใจ ไม่แน่มันอาจจะติดต่อเขา ถึงแม้โรคนี้มันจะไม่ติดต่อก็ตาม เรารู้ว่าโรคนี้มันติดต่อทางไหนบ้าง แต่เราก็กังวล” (ID6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 281-288)

“มันทำให้เราไม่อยากไปเที่ยวบ้านใครนะ บ้านพี่สาวเราไม่อยากไป ไม่อยากไปเที่ยวหา คือลองคิดไปว่าเราได้รับเชื้อได้รับอะไรไปแล้ว เวลาไปนั่งพูดนั่งคุยกลัวเขาจะรังเกียจ แต่ความจริงเขาไม่รังเกียจ มีขนมอะไรเขาก็เอามาแบ่งให้ แต่ลองไม่อยากไปนั่งไปคุยอะไร เรารู้ตัวเรา เรากลัวเขาจะรังเกียจ ก็เพราะว่า กลัวเราจะเอาเชื้อไปติดเขา ถ้าเขาเป็นขึ้นมา ก็จะหาว่าเพราะลองไปเที่ยวบ้านเขา ไปนั่งโต๊ะตั้งเขา” (ID5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 579-589)

**2.4.4 กลัวได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ** คือการที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยง การพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น เนื่องจากการที่รับรู้ ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นแล้วต้องตาย การที่บุคคลอื่นพูดคุยกันถึงเรื่องโรคเอดส์ จึงเป็นการตอกย้ำว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตาย คนที่เป็นโรคนี้จะได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากบุคคลอื่น โดยได้รับการแสดงความรังเกียจ สิ่งเหล่านี้เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สบายใจ ทำให้คิดมาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ช่วงนั้นเขาจะตื่นเต้นกัน ชาวบ้านเขาจะพูดคุยเรื่องเอดส์กัน ที่ไหนๆก็พูดกันเรื่องเอดส์ ที่ไหนก็ตายเป็นเอดส์ เราก็รู้สึกกลัวบ้างเป็นแล้วต้องตาย เลยคิดมากอยู่...กลัวซี ก็พยายามทำใจดีไป พยายามไม่ไปงานศพ ที่เขาเป็นกระง่องกระแงง เราก็ไปทางอื่นเสีย ที่เขาซุ่มนุมนกันเราก็หลีกเลี่ยงเสีย เรากลัวเราจะคิดมาก” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 268-270, 272-274)

“คือบางคนเขารู้บ้างไม่รู้บ้างว่าเขาติดเชื้อ เราก็พยายามจะไม่คลุกคลี เพราะบางคนมันจะรังเกียจเอา บางคนก็รู้ว่าเราเป็นเขาจะไม่ยอมกินน้ำด้วย ผมมาเห็นก็รู้สึกว่าเขารังเกียจเอาแบบนั้น เราก็จะคิดมาก ความจริงมันไม่ติดหมอกเขาก็บอกแล้ว เขาไม่เข้าใจกัน” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 409-412)

“กลุ่มที่ไม่ได้เป็นอย่างเรา เขาก็ไม่รู้ประสบการณ์ที่เรา มี เราตัวของเราเอง เราไปพูดให้เขาฟัง ก็คิดว่าเขาจะรังเกียจ คนมันก็มีหลายอย่าง บางคน ก็ว่าร้ายนะ มันจะทำร้ายจิตใจเรากลัวคิดมาก เรามันเป็นโรคไม่ธรรมดา เราก็พยายามทำใจ รักษาได้ก็รักษาไป รักษาไม่ได้ก็ต้องตาย” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 252-256)

**2.4.5 กลัวได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น** คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์ เป็นโรคของคนที่ไม่ประพฤติดีสอน ประพฤติตนไม่เหมาะสมและในสังคมมองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่ประพฤติปฏิบัติเป็นแบบอย่างที่ดี สังคมให้ความยกย่องนับถือ เมื่อต้องมาตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อหรือเป็นโรคเอดส์ ผู้สูงอายุจึงต้องการปิดเป็นความลับ ไม่อยากเปิดเผยให้สังคมรับรู้ หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้อื่น เนื่องจากกลัวจะได้รับคำตำหนิ จากผู้อื่น ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุลดลง

“คนเขาจะมองว่าหว่า คนเฒ่าไม่เจียมตัว ชอบล่าสอนไปเรื่อย ความจริงวัยนี้แล้ว ต้องอยู่กับบ้านไม่ไปไหนแล้ว” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 364-365)

“ชาวบ้านจะคิดว่าคนแก่เป็นเอดส์เพราะว่ายังรักสนุก บางคนก็คิดไปแบบนี้แหละ ไม่รู้จักอะไร หมดเลือดหมดยางไปแล้วก็ยังมีอีก ก็มีคนมาว่าบ้า บ้าก็คิดอยู่นะ บ้าไม่ว่าอะไร ไปอยากให้เรื่องมันยาว” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 299-302)

“คิดในใจก็อายนะ ว่าเราคนแก่แล้วยังมาติด แต่ถ้าคนที่อยู่ในกลุ่มนี้ (กลุ่มผู้ติดเชื้อ) ไม่อาย คิดแต่กลัวคนข้างนอกที่เขาไม่เป็นจะมาตีเรา” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 926-927)

“คือเขาต้องว่า สมน้ำหน้าเรา อายุถึงขนาดนี้แล้ว เป็นข้าราชการ เป็นครูบาอาจารย์ ยังมีเรื่องแบบนี้อยู่ เขาต้องว่า แต่คนหนุ่มสาวมันเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นเรื่องธรรมดา นี่เรามาเป็นเอาเมื่อเราแก่ตัวแล้วใช้ใหม่ คนอื่นเขาก็ต้องว่าเรา สมน้ำหน้าเรา” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 1002-1025)

“ชาวบ้านเขาจะว่านะ ว่าคนแก่นี้ไปเสาะหา แก่ไม่อยู่ตามแก่ ไปเสาะหาที่ตาย เขาจะว่าไปแบบนี้ละ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 605-607)

“สังคมจะว่าคนหนุ่มติดเชื่อ มันมาจากความคึกคะนองไปมาก แต่พอคนสูงอายุติดเชื่อเขาจะช้าเต็มมากกว่า เพราะเขาก็จะว่าคนที่อายุมากๆ ควรมีความคิด มีอะไร ไม่ประพุดติส่าสอน” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 497-499)

อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ราย ซึ่งเปิดเผยตนเองกับผู้ที่ติดเชื่อเอชไอวีด้วยกัน จะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกับชมรมผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยมีเหตุผลคือ ในกลุ่มผู้ที่ติดเชื่อด้วยกัน ต่างก็ตกอยู่ในชะตากรรมเดียวกัน ทุกคนจะมีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจกัน ไม่ต้องกลัวและกังวลว่าจะได้รับการแสดงความรังเกียจ นอกจากนี้ตนเองยังมีรายได้โดยได้รับเงินช่วยเหลือเป็นเงิน เดือนละ 500 บาทและมีรายได้จากการทำโครงการร่วมกันเช่น โครงการเลี้ยงปลา โครงการเพาะเห็ดเป็นต้น ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 1 ราย เล่าว่าตนเองได้รับการคัดเลือกให้เป็นรองประธานกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวี เป็นผู้นำในการจัดหาของไปเยี่ยมบ้านผู้ที่ติดเชื่อโดยจะเวียนไปเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื่อที่เจ็บป่วย ให้คำปรึกษาให้กำลังใจ ทำให้รู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์ต่อคนในกลุ่มได้รับการยอมรับ รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่

“การที่ลุงเข้าชมรมผู้ติดเชื่อนี้ ทำให้สบายใจบ้างนะ สบายใจ อย่งไปพบปะสัมพันธ์กับกลุ่มที่แม่จันทางศุณย์เอ็กเซส ได้ไปพบปะกันเขาก็ว่าสายเลือดเดียวกัน มันเข้าใจกันนะ ไม่มีใครว่าอะไรให้กัน ทำตัวตามสบาย...เวลาที่มีประชุมที่ไหนเขาก็เชิญลุงไปพูด เขาก็มีเงินให้บางครั้งก็ร้อยละ...แต่ไม่ใช่ว่าลุงอยากได้เงินนะ อยากช่วยเขามากกว่าไปพูดเรื่องกินหยูกกินยาให้เขาฟัง การปฏิบัติตัวอะไรพวกนี้...ถ้ามีอะไรเขาก็โทรมาเรียกเรา ทางศุณย์เขาจะมีการเยี่ยมผู้ติดเชื่อด้วยกันเดือนละสองครั้งมีของเยี่ยมมาด้วย เขาให้เราเป็นผู้นำกลุ่ม เขาให้เบี่ยเลี้ยงเราด้วยวันละร้อยละ ถ้าเราไปเยี่ยม เดือนที่แล้วก็ไปนะ” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 190-192, 206-208, 210-214)

“การที่พ่อเข้าชมรมผู้ติดเชื่อนี้ คือว่าพ่อต้องการอะไรมันอาจจะได้อะไรขึ้นมา อย่งว่าถ้าเงินหลวงมาทำทุนเขาจะเพาะเห็ด หาอาชีพเสริมรายได้ อย่งพ่อนี้ก็ได้เงินเดือนได้เดือนละ 500 หลวงเขาให้มาให้เฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื่อนี้” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 868-870)

**2.5 การทำใจยอมรับ** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุ นำหลักคำสอนของศาสนา มาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดจากผลกรรมที่ได้กระทำมา และการรู้จักปล่อยวาง เพื่อให้จิตใจเกิดความสงบ การยอมรับว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตาย เป็นสังขารของชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีพ้น จึงทำใจยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ ทั้งนี้ การทำใจยอมรับแบ่งเป็น 3 ประเด็นย่อยคือ

**2.5.1 เป็นเรื่องของกรรม** คือการที่ผู้สูงอายุทำใจยอมรับกับโรคที่เกิดโดยมีความเชื่อในเรื่องกรรม ยอมรับว่าโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดเนื่องจากผลกรรมที่ตนเองได้กระทำไว้และตนเองต้องมาชดใช้กรรมในครั้งนี้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ก็คิดว่า ตายวันไหนอยู่วันไหนก็ไม่รู้ ก็อยู่จนหมดกรรมหมดเวร (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 537) ก็ช่างมันเถอะ เราก็คอน เขาก็คอน เขาตาย เราก็ตายนั่นแหละคิดแบบนี้ เรื่องความตายมันเลือกไม่ได้ คิดก็ตายไม่คิดก็ตาย... ตอนนี่ไม่ได้คิดอะไรแล้ว แต่ก่อนก็คิดมากอยู่ คิดแล้วมันจะมีประโยชน์อะไรไหนๆก็ต้องตาย บางครั้งก็บอกกับลูกๆว่า จะอยู่กับลูกได้อีกกี่วัน ไม่รู้ว่าวันไหนวิบากมันจะหมดสิ้น” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 288-289, 291-293)

“กรรมมันมาแล้ว จะหนีไปไหนได้....กรรมใคร กรรมมัน ตายไปที่พันเคราะห์หมดแล้ว.... ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร เราต้องยอมรับ บางคนเชื่อว่ากรรมเรามาแค่นี้ สิ้นบุญไปก็แค่นั้น” (ID3 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 181, 196-197, 271)

“จะพูดกับลูกแบบธรรมดา ไม่ให้ลูกได้เสียใจอะไร บอกว่าโรคนี้ มันเป็นกรรมเป็นเวรของใครของมัน เราก็อพยายามเชื่อฟังหมอบ ปฏิบัติตัว ก็พูดให้ลูกฟังหมด” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 371-373)

“ก็คิดว่าโรคนี้มันเป็นไปได้ มันเป็นของที่รักษาไม่หาย มันก็เป็นไปตามนั้น เป็นไปตามยถากรรมที่เป็นไป เมื่อมันเป็นไปแล้ว มันคืนตัวไม่ได้แล้ว ทำใจว่าอยู่ดีๆ เฉยๆ” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 278-280)

**2.5.2 การปล่อยวาง ไม่ห่วงกังวล** คือ การที่ผู้สูงอายรรู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อตนเองเป็นโรคเอดส์แล้ว จึงต้องยอมรับกับความจริงยอมรับกับสภาพที่เกิดขึ้น โดยการทำให้จิตใจให้สบาย ไม่เครียด ไม่กังวล และคิดว่าชีวิตของตนเองได้มาสู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต ลูกเด้าต่างก็มีครอบครัวไป ตนเองไม่ต้องมีภาระรับผิดชอบหรือเป็นห่วงกังวลอะไรอีก ยอมรับว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสังขารของชีวิต ตามหลักของพุทธศาสนา ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า



“ ก็แบบนี้แหละ ไม่เครียด ทำใจให้ดี ปลงตก เพราะเราเป็นโรคร้ายแบบนี้ เราทำใจ ทำอะไรให้เหมือนเดิม กับที่เราเคยอยู่ก็อยู่ กินอาหาร พักผ่อนไปแบบนี้สบายดี...ชีวิตต่อไปไม่ได้ คำนึงละ คิดว่าอยู่อย่างปัจจุบันให้ดีที่สุด ไปเรื่อยๆ อยู่อย่างธรรมดา ปฏิบัติแบบนี้ไปเรื่อยๆ ชีวิตข้างหน้าไม่เกี่ยวอะไรแล้ว...ไม่กลัวนะ เพราะว่าเราทำดีที่สุดแล้ว ลูกเราก็โตแล้ว เรียนจบกันหมดแล้ว ทำการทำงานไปกันหมด ก็ตามวัยมันนะ ตามวัยมัน แต่ขอปัจจุบันให้กินยา ปฏิบัติจนกว่าจะลูกไม่ได้ นั่นแหละลูกไม่ได้ ก็แปลว่าบุญเรามีแค่นี้ คนเราไม่มีอะไรนะ มีเงินเอาไปไม่ได้ ขอให้ครอบครัวอยู่สบายๆ” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 71-73, 471-472, 474-477)

“ไม่เครียดไม่อะไรนะ ไม่เครียดต่อมัน (โรคเอดส์) สักอย่าง คิดไปว่าโดนแบบนี้ ก็เป็นไปแบบนี้ สุดวิสัยของมัน สุดเขตของมัน มันจะไปตกที่ไหนที่สุดของมัน มันไม่หายก็ข้างมันนะ...ก็นั่นแหละ ลูกไม่หวังไม่ตั้งหน้าอะไรนะ เดียวนี้ของมันก็ทำได้ ลูกไม่หวังหลง อยากได้นั้นได้นี้ ก็ไม่หวังนะ...คิดไปอย่างไรหรือ คิดว่ามันมาอยู่กับเรา เราพยายามคิดมันก็ไม่หาย ก็คงอยู่ไปจนกว่าเราจะตายนั่นแหละ ก็คิดแบบนี้ก็ต้องตายลูกเดียวมันถึงจะหาย ก็คิดว่าอยู่ไปแบบนี้แหละ จะให้ดินร่นอะไรก็ไม่ดีดินร่นแล้ว เวลาอยากกินข้าว ก็หาข้าวมากินเสีย เวลานอนหลับก็ขึ้นไปนอนเสีย ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 557-558, 640-642, 647-649, 653-655)

“เรื่องจิตใจนี้ ก็ต้องปรับตัว คือเราไม่สนใจ คือเรารู้ตัวแล้วว่าเราเป็นแบบนี้แล้ว เราไม่ต้องไปคิดถึงมัน มันถึงเวลา มันก็ถึงเวลาของมันเอง ไม่คิดหมกมุ่น ไม่สนใจ อ่านข่าว ฟังข่าว ก็รู้สึกเฉยๆ อ่านเพื่อความรู้เท่านั้น (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 784-787) เราอยู่ทุกวันนี้ก็อยู่เพื่อชีวิตไปวันๆ ไม่ได้คิดว่าเราเป็นแบบนี้แล้วเราต้องหดหู่ ถ้าแบบนี้เราจะอยู่ได้ไม่นาน คือเราทำใจ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 156-158)

“ก็ไม่ได้ว่าอะไร ไม่รู้จะทำอย่างไรแล้วนี่ ถึงเวลาแล้วก็ทำใจ ทำใจดีๆ ไม่วิตก มันถึงไหนก็ถึงนั้น (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 227-228) เราคนแก่ก็ไม่ได้คิดอะไรมาก จะเป็นอย่างไรก็ช่าง ตายข้างมัน เราก็เฉยๆ มียา กินเสีย คนเราสูงอายุไม่คิดอะไรแล้ว ถึงอย่างไรลูกเราก็เป็นหอบเป็นเรื้อนไปกันหมดแล้วสบายแล้ว” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 336-339)

“คือมันก็ไม่มีปัญหาอะไร คือใจเราก็คิดไปแล้วว่า โรคนี้มันเป็นของธรรมดา เมื่อมันผิดแล้วมันก็เป็นของธรรมดา เราก็รักษาไปตามรูปแบบ ถ้าพูดไปก็แค่ตาย...เดี๋ยวนี้ไม่คิดอะไรมากแล้วนะ ชีวิตเราก็มาถึงขนาดนี้แล้ว อยู่ไปเรื่อยๆ ตอนนี้อย่างไรก็ไม่หวังอะไรแล้ว มันก็แค่นี้แหละ ชีวิตของคนเรา จะร่ำจะรวย จะเอาอะไร ก็ไม่คิดอะไรแล้ว ก็ปล่อยไปให้ธรรมดาๆ คือเราดูแล้วว่าอนาคตเรามันคงจะไม่อะไรแล้ว ก็อยู่อย่างธรรมดาไป คิดว่าเกิด แก่ เจ็บตาย ถึงเวลา ก็อยู่ไม่ได้” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 248-250, 357-362)



**2.5.3 การยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ** หมายถึงการที่ผู้สูงอายุ รับรู้เรื่องความตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต วัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยที่เปรียบเสมือนไม้ใกล้ฝั่ง ความตายจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจึงทำใจยอมรับกับความตายได้ แต่ในท่ามกลางปัญหาโรคเอดส์ที่ทุกคนต่างก็เผชิญไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้นั้น บางครอบครัวมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเอดส์ คนในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้รับรู้ถึงอาการ อาการแสดงของโรคความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต สิ่งเหล่านี้ที่ผู้สูงอายุได้รับรู้หรือได้เห็นมา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะยอมรับว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต แต่ก็เกิดความกลัวว่าตนเองต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากโรค ตามที่เคยรับรู้มา และกลัวว่าต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ลูกหลาน ที่ต้องมาดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยมากๆ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ไม่กลัวตายนะ ถ้าตายก็ขอให้ตายอย่างสงบ ไม่ให้เป็นอะไรมาก แต่ไม่กลัวตาย...เราไม่กลัวตาย ไม่กลัวตาย แต่ถ้าเราตายก็ขอให้หลับตาย ให้มันดี” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 604-605)

“ไม่มี ไม่กลัวตาย ใจลุ่นไม่คิดกลัว ลูกหลานก็ยังอยู่ ลุงยังทำมันด้วยซ้ำว่า จะมาเอาวันไหนก็มา อนาคตลุงตอนนี้ไม่มีแล้ว จะก้าวไปไม่ได้แล้ว ไม้ใกล้ฟ้าอย่างไม้ใกล้ฝั่ง นี่แหละโดนเจาะ รากไปทุกวันๆ จะกลัวก็แต่ต้องมาทรมานก่อนไปนี่สิ ต้องเป็นภาระแก่ลูกหลานต้องมาดูแลลุงอีก ถ้าจะไปก็ขอให้ไปเลย....ไม่กลัวนะ ไม่กลัวว่าจะเป็นอย่างไร คิดไปความหวังของเราก็กินยาแบบนี้ต่อไป ให้มันอยู่ไปเป็นวันๆ กลัวตายลุงไม่กลัว เพราะว่าลุงนี้มันสายไปแล้ว ต้านทานไม่ได้แล้ว เราแก่แล้วมันจะมาเอาเมื่อไหร่ก็ช่างมัน แต่ลุงกลัวว่าจะลุกไปไหนไม่ได้ กลัวไม่มีแรง อาการหนัก ทรมานจะเป็นวิบากลุง กลัวเป็นภาระแก่ลูกต้องมาดูแลลุง ” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 451-455, 784-789)

“กลัวตายนีเราไม่กลัวนะ แต่กลัวมีปัญหาว่าต้องล้มหมอนนอนเสื่อ เราไม่อยากให้เป็นอย่างนั้น...พี่ไม่อยากจะสร้างปัญหาให้กับตัวพี่ ไม่อยากให้มีปัญหาเกิดกับพี่ เรารู้แล้วว่าอย่างน้อยต้องมีพี่น้อง ต้องมีคนดูแล แต่เราไม่อยากให้เกิดสภาพที่เราคิดไว้แบบนี้ นี่แหละ เราไม่อยากให้เรานอนป่วยเต็มน้ำเกลือ เอาอะไรมาเสียบจุกเรา เรา รู้สึกว่าเป็นลักษณะที่ทรมาน เป็นการสร้างภาระให้ลูกเค้าหลานหลานเรา ถ้าจะตายก็ขอให้ตายดีๆ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 394-395, 401-406)

“ไม่กลัวนะ กลัวตายไม่กลัว เพราะมันถึงเวลาของมันแล้ว ลุงก็ตัดสินใจว่า มันแก่เฒ่าแล้ว มันก็หนีไม่พ้น ทุกคนต้องเหมือนกันไม่ว่าเป็นเอดส์หรือไม่เป็น มันไปทางเดียวกันหมด ลุงก็เอา

มาตัดใจ...กลัวก็คือเราจะไปแบบว่าเป็นผะงาบๆ จนกว่าจะไปหรือลูกก็คิดอยู่นะ คิดกลัวว่ามันจะ  
 ทรมาน ทรมานนี้มีมานานนะ ถ้าเป็นเข้าสักสี่ห้าวันนี้ก็ยังมี กลัวว่ามันจะเอาเป็นปีเป็นแฉ่งนะ” (ID 7  
 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 354-357, 364-366)

**2.6 การหาที่พึ่งทางใจ** คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถ  
 รักษาให้หายได้ ผู้ที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ก่อให้เกิดความ  
 หวาดกลัว เกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับ  
 ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนา ที่ตนนับถือ  
 ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การรดน้ำมนต์ การทำบุญ การบริจาคทาน เพื่อช่วยให้  
 จิตใจสงบ และผลบุญที่ทำ จะส่งผลให้ร่างกายตัวเองเกิดความสบายใจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อ  
 มูลที่ว่า

“ลูกทำสมาธิตลอด เวลานอนไม่หลับลูกจะภาวนา มันช่วยได้นะ อย่างน้อยวันละหนึ่งชั่วโมง  
 โมง เราทำสมาธิมันช่วยเราได้ อย่างเราเจ็บเราเครียดมา เราก็ภาวนาเราไม่เก็บมาเป็นอารมณ์ ก็รู้  
 สึกมันหายไป...ใช่ มันช่วยให้เราไม่ฟุ้งซ่าน สบายใจ เราไม่ได้คิดมาก ถ้าเราคิดมากมันจะทำให้  
 เราฟุ้งซ่านไปเรื่อยๆ” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 386-389, 392-393)

“มันช่วยให้เราสบายใจนะ พี่จะทำสมาธิทุกวัน เพราะเราไม่ได้ไปไหน ตื่นมาตอนเช้าทำ  
 อะไรเสร็จก็อาบน้ำ พอประมาณ เก้าโมงสิบโมงก็ไปนั่งสมาธิ อย่างน้อยก็ครึ่งชั่วโมง บางทีก็ชั่วโมง  
 บางทีมากกว่านั้นทำทุกวัน (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 801-803) ช่วงที่พี่ทำสมาธินี้ รู้สึกสบาย จิตใจ  
 เรารู้ทันที่ว่าเป็นคนที่ลดความใจร้อนลง พวกความเครียดเราลดลงไปมาก ก็ทำสมาธิไป และทุกวัน  
 พระไม่เคยขาดพี่ต้องซื้อข้าวไปทำบุญ หมายความว่าหลังจากที่พี่เป็นนี้ พี่เอาใจใส่มากขึ้น เรื่อง  
 พระเรื่องเจ้านี่ แต่ก่อนไม่เคยสนใจ แต่นานๆทีก็มี ” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 190-194)

“เดี๋ยวนี้ใจดี ไม่ทำอะไร กลางคืนก็นอนเสีย ก่อนนอนก็ไหว้พระ ไหว้เจ้า... มันก็ดีไปนะ  
 ขอคุ้มครองรักษาเรา ไหว้พระไหว้เจ้าเราก็อยู่ดี หลับดี” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 623, 629)

“เราไหว้พระทุกวันก่อนนอน... มันช่วยให้เราหลับสบาย ไม่ฝันร้ายฝันเพื่ออะไร” (ID 5  
 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 159,161)

“เดี๋ยวนี้เราตื่นมา เราทำอะไร เราอยู่คนเดียว พอถึงเวลา ห้าหกโมง ฟังข่าว ดูทีวีได้สักพัก  
 เราก็มานั่งสวดมนต์คาถาชินบัญชรของพุทธมาจารย์โต หลวงพ่อทวดราชการที่ห้า มันช่วยได้มาก  
 ช่วยให้เราสบายใจ ไม่ให้เราต้องคิด ต้องเครียดอะไร คือเราทำแบบนี้แล้วเราสบายใจที่ได้นั่งสวด  
 นะ แล้วเราก็มาคิดว่าเราแก่แล้วเราต้องเข้าวัด บางทีเราไม่ได้ไปวัด เราก็ทำที่บ้าน” (ID 6 สัมภาษณ์  
 ครั้งที่ 1 L: 822-825, 828-832)

“ที่พึ่งทางใจหรือ ก็เอาความดี เอาความดีเป็นที่พึ่ง คือหมั่นทำความดี ทำใจให้บริสุทธิ์ ช่วยเหลือผู้อื่นที่ตกทุกข์ได้ยาก ทำความดีก็คือไม่ทำให้ใครเดือดร้อน ทำบุญ ทำกุศล แล้วก็ไม่ได้คิดเรื่องร้ายต่างๆ ทำใจให้บริสุทธิ์ เพราะชีวิตเราจะได้อยู่เย็นเป็นสุขไม่กังวลอะไร (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 410-416) ทุกวันนี้ มีคนยากจนผมก็เอาเสื้อผ้าให้เขา ขอบทานที่แขนงุด ให้เงินเขาทุกคน ไม่มีเว้นเลย สิบบาทขึ้นไป เห็นบางคนเขาให้ บาทสองบาท เขาจะไปทำอะไร เราให้เขา เราตั้งใจนะ เขาทำงานไม่ได้ ขากุดแขนงุดมันทำงานไม่ได้ คนยากจนเราก็ต้องให้ เราพยายามเอาพวกนี้มาชมใจเรา เราจะได้สบายใจว่าบุญเรายังมีอยู่ที่ผมมีชีวิตอยู่ได้” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 309-314)

“ก็มีบ้างไปดูดวง ปีละครั้งบ้าง หกเดือนครั้งบ้าง ไปรดน้ำมนต์บำรุงจิตใจของเรา แต่ก็ไม่ได้ทำจนเกินเหตุ ทำแล้วสบายอกสบายใจ เวลาพระท่านมีอะไรดีท่านก็สั่งสอน” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 131-137)

**2.7 ความต้องการเกี่ยวกับการดูแล** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้โรคเอดส์ เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ตลอดเวลาที่เผชิญอยู่กับโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ประกอบกับตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประณินบิติดูแลจากบุตรหลาน ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ไม่แสดงความรังเกียจว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ และแม้ว่าตนเองรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่ก็ยังมีความหวังว่าจะมีวัคซีนหรือยารักษาให้หายได้ ทั้งนี้ ความต้องการเกี่ยวกับการดูแลแบ่งออกเป็นประเด็นย่อยได้ 3 ประเด็นคือ

**2.7.1 ต้องการลูกหลานดูแลเอาใจใส่** คือการที่ผู้สูงอายุอยากให้ลูกหลานดูแลช่วยเหลือ ได้รับการประณินบิติดูแลจากบุตรหลาน ในเรื่องการจัดหาอาหารมาให้ ช่วยเหลือในเรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ต้องการคือหมายความว่า ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่ ต้องเข้ามาถามเราบ้างถึงแม้จะเห็นเราอยู่สบายไม่ถามอะไร ก็ควรจะถามว่าเจ็บอะไรที่ไหนบ้าง หมายความว่าต้องการให้ลูกดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควรไม่ละเลยเรา” (ID 1 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 267-270)

“อยากให้ลูกเข้าช่วยเหลือ เอานั่นมาให้กินเอานี้มาให้กินเป็นครั้งๆ (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 L: 573) ก็อยากให้เขาช่วยเรื่องกิน เรื่องไป อะไรพวกนี้ บางที่เขาเอ็นดู สงสารเราก็แบ่งปันให้บ้าง เรื่องเสื้อผ้า เรื่องครุฑเรื่องใช้นี้แหละ พาไปถ่ายอุจจาระ บางที่ตอนเที่ยงคืนก็ให้เขาเอาเราลุกไปถ่าย” (ID 2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 248-252)

**2.7.2 การไม่แสดงความรังเกียจ** คือการที่ผู้สูงอายุ ต้องการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตใจ ได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่นและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโดยไม่แสดงความรังเกียจ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ช่วยด้านจิตใจ อย่างที่ว่า ที่เจ้าหน้าที่มาที่วัดนี้ ก็อยากให้เราบอปปอๆ ที่เขาเอายามา แจก มาแล้วเราก็ได้ความรู้ต่อกัน....เขาเอาของมาให้เราและช่วยด้านจิตใจเราด้วยนะคือว่า มีกำลังใจ ได้พูดได้คุยเรื่องการติดเชื้อเรื่องอื่นๆ บ้าง ทำให้ใจเราเบิกบาน ไม่เครียดไม่เหงา ได้พูดกันไป ได้ปลอ่ยอารมณ์” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 694-696, 702-704)

“สำคัญมากเลย ก็คือมีคนสนใจเรา เพราะบางครั้งโรคนี้เขาก็ออกข่าวทุกวัน ทำให้จิตใจเรากระตุ่มกระชวยขึ้นนะ เขาว่าโรคนี้มันติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางเลือดเท่านั้น ไม่ให้รังเกียจ กินข้าวกินน้ำด้วยกันได้ มันไม่ติดต่อไม่มีปัญหา” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 290-294)

“คิดว่าเมื่อมันเป็นก็ไม่ควรมารังเกียจกัน อยู่กันไปกินกันไปปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของหมอ บางครั้งมันอาจมีโรคแทรกซ้อน เช่น ไอจาม ก็ต้องระมัดระวังกันไป ไม่ควรรังเกียจกัน” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 273-275)

**2.7.3 ต้องการยารักษาให้หาย** คือการที่ผู้สูงอายุมองเห็นเรื่องความตายเป็นเรื่องธรรมดาเป็นธรรมชาติ เป็นสังขารของชีวิต แต่ผู้สูงอายุก็ยังมีหวังว่าจะมีวัคซีนหรือยามารักษาให้หายได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้มีหมอช่วยรักษาให้หาย หรือทุเลาลง อยากได้ยารักษาที่ถูกกับโรคจริงๆ เพราะจะทำให้มีอายุยืน อยู่ได้อีกนานนะ....ก็อยากให้มียารักษาให้หายจริงๆ นี่มันเพียงแค่ทุเลาเฉยๆ แต่ก็ดีนะ มันยังชะลอตั้งเยอะ เมื่อก่อนนี้เป็นแล้วตายเลย” (ID 4 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 302-303, 306-307)

“เรื่องยาอีกนะ อยากได้ยาดีจากโรงพยาบาล ถ้ามียาดีๆ กว่านี้ก็อยากได้ จะได้รักษาเพิ่มเติม ยาตัวนี้ที่เรากินมันก็ดี แต่ถ้ามียาตัวใหม่ๆ ดีๆรักษาได้ เราก็อยากได้เพิ่มมาอีก” (ID 5 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 706-708)

“อยากได้ยา ยานี้สำคัญที่สุดเพราะโรคนี้มันอยู่ด้วยยา แล้วเรื่องการปฏิบัติมันก็อีกเรื่องหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ต้องอาศัยยา ยาที่ดีๆ รักษาให้หายได้” (ID 6 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 280-282)

“ต้องการอะไรหรือ ก็ต้องการอยากมียารักษาให้หายขาดได้ แต่มันก็ไม่มีเลยนะ ฟังข่าวเราก็ฟังอยู่บ่อยๆ ที่เขาว่า กัมพูชามียามาหรือ แล้วที่สหรัฐที่ว่ายามันแพงๆ เราก็รอดูอยู่เหมือนกัน” (ID 7 สัมภาษณ์ครั้งที่ 3 L: 391-393)



“หมายความว่าอยากจะทำให้พยายามหาวัคซีน และมีตัวยาที่ไม่ต้องทานมากจะช่วยให้ผ่อนคลายได้หรือปล่าวอะไรพวกนี้....ในเรื่องความต้องการอันดับแรกก็ขอให้มียาการรักษาให้หาย ถ้าเป็นโรคอื่น เช่นโรคปอด ยังมียามารักษาให้หาย แต่โรคเอดส์นี้ได้แต่กินยาต่อต้านที่จะหายมันยังไม่ มี คั้นคว้าวินิจฉัยที่มันดี ๆ ว่าทำไมโรคนี้อันนี้จึงไม่หาย” (ID 8 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 L: 262-266)

### สรุปประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์

ผลการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ จำนวน 8 ราย แบ่งเป็นประเด็นใหญ่ๆได้ 2 ประเด็นคือ การรับรู้ความเจ็บป่วย การดำเนินชีวิต และการปรับตัว

ทั้งนี้การรับรู้ความเจ็บป่วยหมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความรู้สึกของตนเองเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นได้แก่ 1) ความรู้สึกตกใจ 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจ และ 3) ความกลัว

สำหรับการดำเนินชีวิตและการปรับตัว เป็นระยะที่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก รับรู้ถึงสุขภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลง อันเนื่องมาจาก อาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกนึกคิด ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มากระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆเพื่อสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ทั้งนี้ การดำเนินชีวิตและการปรับตัว มีรายละเอียดแบ่งเป็น 7 ประเด็นย่อยดังนี้คือ

- 1) การเก็บเรื่องไว้กับตนเอง
- 2) ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ
- 3) ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็นประเด็นย่อยได้อีก 2 ประเด็นคือ

ก. การแสวงหาสิ่งบำรุงรักษาสุขภาพ

ข. การลดสิ่งบั่นทอนสุขภาพ

- 4) การลด/แยกตัวออกจากกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลเนื่องจากประเด็น สาเหตุใน 5 ลักษณะคือ

ก. กลัวคนรังเกียจ

ข. กลัวเจ็บป่วย

ค. กลัวทำให้ผู้อื่นติดเชื้อ

ง. กลัวได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ

จ. กลัวได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น



5) การทำใจยอมรับ ซึ่งแบ่งประเด็นย่อยได้อีก 3 ประเด็นคือ

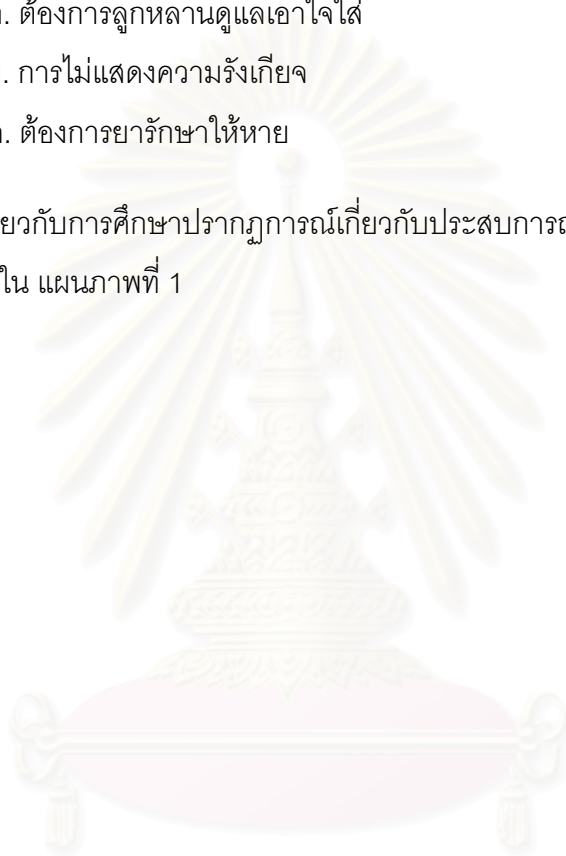
- ก. เป็นเรื่องของกรรม
- ข. การปล่อยวาง ไม่ห่วงกังวล
- ค. การยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ

6) การหาที่พึ่งทางใจ

7) ความต้องการเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งแบ่งประเด็นย่อยได้อีก 3 ประเด็นคือ

- ก. ต้องการลูกหลานดูแลเอาใจใส่
- ข. การไม่แสดงความรังเกียจ
- ค. ต้องการยารักษาให้หาย

ผลสรุปเกี่ยวกับการศึกษาปรากฏการณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ ดังแสดงใน แผนภาพที่ 1



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1 สรุปประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์



## บทที่ 5

### การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Husserl (Koch, 1995) ซึ่งเป็นการสืบค้นเพื่ออธิบายและให้ความหมายกับชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ เปิดเผยปรากฏการณ์ภายใต้การศึกษา ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสภาพการณ์นั้นๆ ผู้วิจัยต้องแยกความเชื่อและสิ่งที่ผู้วิจัยรู้ เกี่ยวกับปรากฏการณ์ออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา (Koch, 1995) ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ ที่อาศัยในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพะเยา โดยทั้งนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องของการศึกษาข้อมูลจากผู้ที่มีคุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจและสามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงตามปรากฏการณ์ที่อยู่ในความสนใจ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบเฉพาะเจาะจง จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักรวมทั้งสิ้น 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เนื้อหาตามขั้นตอนของโคไลซี (Colaizzi, 1978 cite in Hollway and Wheeler, 1996) และนำเสนอประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ โดยนำเสนอเป็นประเด็นหลัก 2 ประเด็น และประเด็นย่อยเป็น 7 ประเด็น ซึ่งได้แก่

#### ประเด็นที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วย

ประเด็นย่อยได้แก่

- 1) ความรู้สึกตกใจ
- 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจ
- 3) ความกลัว

#### ประเด็นที่ 2 การดำเนินชีวิตและการปรับตัว

ประเด็นย่อยได้แก่

- 1) การเก็บเรื่องไว้กับตนเอง
- 2) ครอบครัวรับรู้และร่วมกันช่วยเหลือ
- 3) การดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ซึ่งประเด็นย่อยได้แก่
  - ) การแสวงหาสิ่งบำรุงรักษาสุขภาพ
  - ) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นทอนสุขภาพ
- 4) การลด/แยกตัวออกจากกิจกรรมทางสังคม ซึ่งประเด็นย่อยได้แก่

- ก) กลัวคนรังเกียจ
  - ข) กลัวเจ็บป่วย
  - ค) กลัวทำให้ผู้อื่นติดเชื้อ
  - ง) กลัวได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ
  - จ) กลัวได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น
- 5) การทำใจยอมรับ แบ่งเป็นประเด็นย่อยได้แก่
- ก) เป็นเรื่องของกรรม
  - ข) การปล่อยวางไม่ห่วงกังวล
  - ง) การยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ
- 6) การหาที่พึ่งทางใจ
- 7) ความต้องการเกี่ยวกับการดูแล แบ่งเป็นประเด็นย่อยคือ
- ก) ต้องการถูกหลานดูแลเอาใจใส่
  - ข) การไม่แสดงความรังเกียจ
  - ค) ต้องการยารักษาให้หาย

## อภิปรายผล

ผลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ แสดงถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราว ที่ผู้สูงอายุได้ประสบมาและการรับรู้ความรู้สึกตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ตลอดจนถึงการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ เมื่อต้องตกอยู่ในสภาพของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผลการวิจัย แบ่งประเด็นใหญ่ๆ ได้ 2 ประเด็น ดังนี้

### ประเด็นที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึงการที่ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงผลการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ตนเองตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกและมีปฏิกิริยาต่อผลการวินิจฉัยของแพทย์ ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ซึ่งมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ความรู้สึกตกใจ 2) ความรู้สึกไม่แน่ใจ และ 3) ความกลัว

จากผลการศึกษารั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ ที่มีต่อโรคเอดส์เป็นไปในทางลบ เนื่องจากการรับรู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้ว

ต้องตาย การทราบผลการวินิจฉัยนี้ ถือเป็นภาวะวิกฤติที่ร้ายแรง จากการศึกษาของ พีรยา จารุทรัพย์ (2539) ในเรื่องโรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมที่สะท้อนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน พบว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา สื่อหนังสือพิมพ์มีบทบาทอย่างมาก ในการสร้างความหมายของโรคเอดส์เชิงสังคมและวัฒนธรรมไทย ซึ่งได้แก่ โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ตายลูกเดียว เป็นโรคที่น่าสะพรึงกลัว เป็นความสิ้นหวังเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน เป็นความผิดบาป-เสื่อมศีลธรรม เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นต้น นอกจากนี้ความหมายในทางสังคมและวัฒนธรรม มองว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ลึกลับ น่ากลัวเป็นโรคของคนที่ไม่ดีศีลธรรม คนในสังคมส่วนใหญ่ จึงมีทัศนคติต่อโรคเอดส์เป็นไปในทางลบ เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่รับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นแล้วต้องตายเมื่อทราบว่าตนเอง ต้องตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์จึงเกิดปฏิกิริยาและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย

ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูล เกิดความรู้สึกและมีปฏิกิริยาต่อผลการวินิจฉัยของแพทย์ โดยเกิดความรู้สึกตกใจซึ่งเป็นความรู้สึกที่ไม่คาดคิดว่า ตนเองตกอยู่ในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับชีวิตของตนเอง ชีวิตเหมือนตายไปแล้วครั้งหนึ่ง เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ แสดงถึงความไม่มั่นใจหรือลังเล ว่าตนเองติดเชื้อจริง หรือไม่ในผลการวินิจฉัยของแพทย์ เกิดความรู้สึกกลัว กลัวว่าคนอื่นจะแสดงความรังเกียจ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับ การศึกษาการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี (จามจุรี แซ่หลู่, 2543) พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ครั้งแรก ทำให้ตั้งตัวไม่ทันที่จะยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีที่เกิดขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกลัวสังคมรอบข้างจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี กลัวสังคมรังเกียจ ยอมรับไม่ได้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อ และจากการศึกษาเกี่ยวกับ แบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุฤษดิ์ และคณะ, 2534) พบว่าในระยะที่ 1 เมื่อทราบว่าติดเชื้อจะมีอาการตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกลียดตนเอง รู้สึกโชคร้าย เป็นการถูกลดโทษ และรับประทานอาหารไม่อร่อย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุบางรายมีการแสดงออกถึงปฏิกิริยาทางร่างกายได้แก่ อาการนอนไม่หลับ คิดมาก ร้อนปากร้อนท้อง เช่นกัน

นอกจากนี้ในการศึกษาเกี่ยวกับ ปฏิกิริยาตอบสนองของ บุคคลที่อยู่ในระยะสุดท้ายของโรคหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้เคียงตายตามแนวคิดของ คูเบลอร์-รอส (Kubler-Ross, 1968 cite in Backer, Hannon and Russell, 1994) ได้อธิบาย เป็น 5 ระยะคือ (1) ระยะปฏิเสธและแยกตัว (Stage of Denial and Isolation) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองขั้นแรกสุดเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะต้องตาย ผู้ป่วยจะไม่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความจริง เรื่องนี้ไม่เป็นความจริง อาจไม่เชื่อในผลการตรวจของแพทย์



โดยทั่วไปประยชน์นี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวหรืออยู่จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตก็ได้ (2) ระยะเวลาโกรธ (Stage of Anger) เมื่อไม่สามารถปฏิเสธได้อีกต่อไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธ หงุดหงิดบุคคลที่อยู่รอบข้าง ปฏิเสธการช่วยเหลือ (3) ระยะต่อรอง (Stage of Bargaining) ผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและต่อรองด้วยความหวัง เพื่อยืดเวลาต่อไปอีกระยะหนึ่ง (4) ระยะซึมเศร้า (Stage of Depression) เป็นระยะที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าความตายกำลังคืบคลานเข้ามา ผู้ป่วยจะรู้สึกซึมเศร้า และรู้สึกว่าสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ จะมีความรู้สึกโศกเศร้า และ (5) ระยะยอมรับ เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับต่อการสูญเสียของตน เข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต ยอมรับความจริงด้วยความสงบ ทั้ง 5 ระยะนี้อาจเกิดขึ้นหายไปแล้วเกิดใหม่ได้อีก หรืออาจคงอยู่ในระยะใดระยะหนึ่งนานๆ เวลาที่ใช้ในแต่ละรายไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน

จะเห็นได้ว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุรูปแบบของปฏิกิริยาการตอบสนอง เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มอื่น กล่าวคือ มีอาการตกใจ ไม่เชื่อ ไม่แน่ใจว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์จริง ซึ่งสอดคล้องกับปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใกล้ตายตามแนวคิดของ คูเบลอร์-รอส (Kubler-Ross, 1968 cite in Backer, Hannon and Russell, 1994) นอกจากนี้ เกิดความกลัว กลัวว่าจะได้รับการรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมและคนรอบข้าง มีอาการนอนไม่หลับ คิดมาก วิตกกังวล เมื่อระยะเวลาผ่านไปมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ประกอบกับผลการวินิจฉัยของแพทย์ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มยอมรับกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนและแสวงหาแนวทางในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะกล่าวถึงในประเด็นดังต่อไปนี้คือ

## ประเด็นที่ 2 การดำเนินชีวิตและการปรับตัว

การดำเนินชีวิตและการปรับตัว หมายถึงการที่ผู้สูงอายุ รับรู้ถึงสุขภาพของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป อันเนื่องมาจากอาการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประกอบกับผลการวินิจฉัยของแพทย์ เมื่อไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจึงเริ่มยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องปรับพฤติกรรมตนเอง ปรับความรู้สึกนึกคิด ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อเผชิญสิ่งที่มากระทบ รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งมีรายละเอียดแบ่งเป็นประเด็นย่อย 7 ประเด็น ดังนี้คือ

### ประเด็นย่อยที่ 1 การเก็บเรื่องไว้กับตนเอง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างยาวนาน เป็นวัยที่ลูกหลานต่างให้ความเคารพนับถือ ในฐานะเป็นผู้ที่เคยเลี้ยงดูครอบครัว เป็นเสาหลักของครอบครัวมาก่อน ลูกหลานต่างก็ให้ความเคารพยกย่อง การที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวและ

สังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองเป็นคนมีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์มีความสามารถ การที่ตนเองได้รับความรัก ได้รับการยกย่องและยอมรับจากบุคคลอื่น (Ebersole and Hess, 1998) ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาพการเป็นโรคเอดส์ ผู้สูงอายุจึงกลัวว่าตนเองจะไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ตนเองไม่มีคุณค่า เนื่องจากสังคมมองว่าผู้ที่เป็นโรคเอดส์ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมล้าสอนทางเพศ เป็นบุคคลที่ไม่น่ายกย่อง ผู้สูงอายุจึงพยายามปกปิดสภาพการเป็นโรคเอดส์ของตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ปฏิกริยาตอบสนองของหญิงบริการอาชีพพิเศษที่ติดเชื้อเอชไอวี (เพ็ญจันทร์ ประดับมุง, 2537) พบว่าการปรับพฤติกรรมส่วนใหญ่ จะปกปิดฐานะการติดเชื้อ โดยทำตามปกติ แม้มีเรื่องกดดันหรือสะเทือนใจต้องเก็บซ่อนไว้ในใจ การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ เป็นเพราะสถานการณ์บังคับ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ บำเพ็ญจิตร แสงชาติ (2541) ซึ่งได้สรุปถึงรูปแบบของปฏิกริยาตอบสนองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อจะกระทำต่อเมื่อมีความจำเป็นหรือในสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น ปრაกฏอาการทางกาย สถานการณ์การบอกผลการติดเชื้อจากเจ้าหน้าที่ การแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุบางรายที่เมื่อระยะของโรคปรากฏอาการเด่นชัดขึ้น จึงไม่สามารถปกปิดบุคคลอื่นได้อีกต่อไป ครอบครัวและบุคคลอื่นจึงรับรู้ว่าคุณสูงอายุป่วยเป็นโรคเอดส์

## ประเด็นย่อยที่ 2 ครอบครัวรับรู้ร่วมกันช่วยเหลือ

ครอบครัวรับรู้ร่วมกันช่วยเหลือ คือการที่ผู้สูงอายุตัดสินใจเปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลในครอบครัว เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุ ต้องการพึ่งพาให้ลูกหลานช่วยเหลือ พาไปรักษาในโรงพยาบาล การจัดหาให้แก่ผู้สูงอายุ ต้องการได้รับความกำลังใจและความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ อาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ให้การช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยหรือมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ จะปรึกษารื้อกับบุคคลในครอบครัวเพื่อร่วมกันหาแนวทางการช่วยเหลือ ครอบครัวจึงเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุได้ดีที่สุด การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ธารทิพย์ กิจไพบุณย์ชัย (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพและการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย พบว่าเหตุผลที่ผู้ป่วยบอกความจริงแก่ครอบครัวเนื่องจากต้องการความช่วยเหลือคิดว่าครอบครัวช่วยเหลือได้ และการที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย (ปรีชา อุปโยคินและคณะ, 2541) พบว่าผู้สูงอายุเคยเป็นบุคคลที่รับผิดชอบครอบครัว เป็นเสาหลักของครอบครัวมาอย่างยาวนาน ลูกหลานให้ความเคารพยกย่อง ประกอบกับในสังคมไทย ความกตัญญูรู้คุณบิดามารดา เป็นสิ่งที่สังคมไทยยึดถือปฏิบัติสืบต่อกันมาอย่างยาวนาน จนกลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม จึงแสดงออกด้วยการที่ลูกหลานต้องปรนนิบัติเลี้ยงดูพ่อแม่ เมื่อยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย

### ประเด็นย่อยที่ 3 การดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

การดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถชะลออาการของโรคไม่ให้ระยะของโรคลุกลามเร็วขึ้น โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การทำจิตใจให้สบาย และการหลีกเลี่ยง สิ่งที่ตนเองคิดว่าเป็นของแสลง ซึ่งจากข้อค้นพบ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 2 ประเด็นได้แก่ 1) การแสวงหาสิ่งบำรุงรักษาสุขภาพ และ 2) การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินไปสู่การเกิดโรคช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ แม้แต่ ยามเจ็บป่วยต้องมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็ม (Orem, 1995) เชื่อว่าบุคคลมีแรงจูงใจในความต้องการที่จะดูแลตนเอง โดยถ้าความสามารถในการดูแลตนเองและความจำเป็นในการดูแลตนเองมีความสมดุล บุคคลก็จะสามารถดำรงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ได้ โดยทั่วไปในภาวะที่เจ็บป่วย ความจำเป็นในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้น จากการศึกษารูปแบบพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) พบว่าผู้ติดเชื้อทุกรายที่ภายหลังรับรู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีการดูแลและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจะมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองโดยทั่วไป การป้องกันการได้รับเชื้อเพิ่มเพื่อ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและรักษาอนามัยของร่างกาย

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เมื่อรับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์แล้ว จะแสวงหาวิธีการในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยปรึกษาแพทย์และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด การแสวงหาสิ่งบำรุงสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุบางรายที่มีฐานะการเงินดี หรือสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จะมีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัส โดยได้รับยาต้านไวรัสจากแพทย์มารับประทาน เป็นประจำและต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม

(Orem, 1995) ที่ว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนก็ยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของบุคคล จึงกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีรายได้สูง จะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการดูแลตนเองให้เป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด

#### ประเด็นย่อยที่ 4 การลด/แยกตัวเองออกจากกิจกรรมทางสังคม

การลด/แยกตัวเองออกจากกิจกรรมทางสังคม หมายถึงการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ การที่ผู้สูงอายุได้ยินบุคคลอื่นพูดคุยเรื่องโรคเอดส์ จึงเป็นการตอกย้ำว่าตนเองเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นที่รังเกียจของสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่สบายใจ ทำให้คิดมาก จึงหลีกเลี่ยงการพบปะกับบุคคลอื่นโดยไม่ทำตัวใกล้ชิด การลดบทบาทตนเองทางสังคม ทั้งนี้การลด/แยกตัวเองออกจากกิจกรรมทางสังคมเป็นผลอันเนื่องมาจากประเด็นสาเหตุใน 5 ลักษณะคือ 1) กลัวคนรังเกียจ 2) กลัวเจ็บป่วย 3) กลัวทำให้ผู้อื่นติดเชื้อ 4) กลัวได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ และ 5) กลัวได้รับคำตำหนิจากผู้อื่น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ไม่เพียงก่อให้เกิดปัญหาทางกายเท่านั้น ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจ มากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ผู้ป่วยจะเกิดความเครียดด้านจิตใจ เกิดจากการรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย ตั้งแต่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลเป็นอย่างมาก การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ จึงเป็นเหมือนการถูกพิพากษาลงโทษ เป็นการตอกย้ำว่ามีตราบาป เนื่องจากสังคมมองว่าผู้ที่เป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ส่าสอน ประพฤติปฏิบัติต่างไปจากบรรทัดฐานของสังคม ไม่มีศีลธรรม ไม่น่ายกย่อง ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ยังเกิดความรู้สึกสูญเสียในภาพลักษณ์ที่เป็นผลมาจากโรค เช่น มีตุ่มหนองแผลเปื่อยตามร่างกาย ผอมแห้ง มองดูน่ารังเกียจขะเขวขง ไม่มีใครอยากเข้าใกล้ ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สูญเสียบทบาทหน้าที่ สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์, 2540; เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2537; พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, 2534) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะในสังคมให้การยกย่อง ผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ที่ทำคุณประโยชน์แก่สังคม คุณค่าแก่การเคารพนับถือ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ จึงเป็นเหมือนตราบาปของสังคมที่ซ้อนทับขึ้นมาอีก (double stigmatization) ผลกระทบต่างๆที่เกิดขึ้นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากสังคม ลดกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับผู้อื่น โดยเฉพาะถ้าอยู่ในสิ่งแวดล้อมและลักษณะสังคมไม่ยอมรับ



เช่นเดียวกันกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ที่พบว่าผู้สูงอายุ แยกตนเอง หลีกเลีย้งการพบปะกับบุคคลอื่น ลดการเข้าร่วมกับกิจกรรมทางศาสนา การไปร่วมงานบุญ งานกุศลต่างๆ โดยเฉพาะเมื่อตนเอง มีอาการแสดงของโรคที่ชัดเจน เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะเป็นที่รังเกียจของบุคคลอื่น ไม่ได้รับการยกย่อง ตนเองเหมือนคนไม่มีคุณค่า ผู้สูงอายุบางรายที่เคยมีบทบาทในสังคม เช่นเป็นประธาน หรือกรรมการวัด กรรมการหมู่บ้าน ต้องลดบทบาทของตัวเอง โดยการลาออก เนื่องจากกลัวว่าจะไม่ได้รับการยอมรับ และการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรงเหมือนแต่ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เป็นการสร้างภาระให้แก่ตนเอง ทำให้เหน็ดเหนื่อย ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้สุขภาพทรุดเร็วขึ้น

อย่างไรก็ตามในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ราย ซึ่งเปิดเผยตนเองกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกับชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเหตุผลคือ ในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อด้วยกัน ต่างก็ตกอยู่ในชะตากรรมเดียวกัน ทุกคนจะมีความเห็นอกเห็นใจ และเข้าใจกัน ไม่ต้องกลัวและกังวลว่าจะได้รับการแสดงความรักเกียจ นอกจากนี้ตนเองยังมีรายได้โดยได้รับเงินช่วยเหลือเป็นเงิน เดือนละ 500 บาทและมีรายได้จากการทำโครงการร่วมกัน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุ 1 ราย ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้นำกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จัดหาของไปเยี่ยมบ้านผู้ที่ติดเชื้อ ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ต่อคนในกลุ่ม ได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุ ที่ว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ ได้ และรู้สึกพึงพอใจในการที่ได้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ

### ประเด็นย่อยที่ 5 การทำใจยอมรับ

การทำใจยอมรับ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุทำใจให้ยอมรับกับโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยการนำหลักคำสอนทางศาสนา มาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยยอมรับว่า การเกิด การแก่ การเจ็บ การตายเป็นสังขารของชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยง และมีความเชื่อว่าโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นกับตนเองเกิดเนื่องจาก ผลกรรมที่ตนเองได้กระทำไว้จึงต้องมาชดใช้กรรมในครั้งนี้ การรู้จักปล่อยวาง ไม่เครียด ไม่กังวล การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อเช่นนี้ จึงทำให้ผู้สูงอายุ ทำใจยอมรับกับโรคเอดส์และความตายที่กำลังใกล้เข้ามาด้วยใจที่สงบ โดยมีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) เป็นเรื่องของกรรม 2) การปล่อยวาง ไม่ห่วงกังวล และ 3) การยอมรับกับความตายได้อย่างสงบ

จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีการนำวิธีคิดแบบที่ชาวพุทธ ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในทางพุทธศาสนาสอนให้นึกถึงความไม่



เที่ยง ความเป็นทุกข์ ความเป็นอนัตตา เพื่อเป็นเครื่องเตือนใจมิให้เกิดความประมาท นึกถึงการเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นธรรมชาติ (พระเทพวิสุทธิเมธี, 2536) ประกอบกับ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมาอย่างยาวนาน มีประสบการณ์เกี่ยวกับการสูญเสียและการตายของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ทำให้ตนเองคิดถึงการตายบ่อยๆ ซึ่งบุคคลที่นึกถึงความตายเสมอๆหรือไปงานศพเสมอๆจะไม่กลัวตาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) มีการศึกษาต่างๆที่รายงานว่า คนที่กำลังจะตายมักไม่กลัวตาย แต่กลัวความทรมาน ในการพญชีวิต กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวความอ้างว้าง โดดเดี่ยว ในขณะที่กำลังจะตาย (Criag, 1991; Gormly and Brodzinsky, 1989; Lefrancois, 1993 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุ พ้นจากวัยที่ต้องทำงาน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีภาระที่ต้องรับผิดชอบ มีความเป็นอิสระจากการงานทั้งปวง ไม่ต้องห่วงกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน เนื่องจากลูกหลานต่างก็มีครอบครัวเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่เคยรับราชการจะมีรายได้จากเงินบำนาญ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับราชการ ต่างได้รับการเกื้อกูลจากลูกหลานในเรื่องเงินทอง จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำใจให้ยอมรับกับสิ่งต่างๆได้ง่าย

แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้นคว้าพบว่า ในท่ามกลางปัญหาโรคเอดส์ที่ทุกคนต่างก็เผชิญ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้นั้น บางครอบครัวมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดป่วยเป็นโรคเอดส์ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงอาการของโรค ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเอดส์โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต สิ่งเหล่านี้ที่ผู้สูงอายุได้รับรู้หรือได้เห็นมา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะยอมรับได้ว่าความตายเป็นเรื่องธรรมดา รู้จักการปล่อยวาง แต่ก็เกิดความกลัวกลัวว่าตนเองต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากโรค ตามที่เคยรับรู้มา และกลัวว่าเมื่อตนเองเจ็บป่วยมากๆ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระให้ลูกหลานต้องมาดูแลตัวเอง

### ประเด็นย่อยที่ 6 การหาที่พึ่งทางใจ

การหาที่พึ่งทางใจ หมายถึงการที่ผู้สูงอายุรับรู้ ว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายได้ ผู้ที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ก่อให้เกิดความหวาดกลัว ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ดังนั้นเพื่อให้ตนเองสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง มีการปฏิบัติตามความเชื่อของศาสนาที่ตนนับถือ ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การรดน้ำมนต์ การทำบุญ การบริจาคทาน โดยมีความเชื่อว่าจะช่วยให้จิตใจเกิดความสงบ และเชื่อว่า ผลบุญที่ทำจะส่งผลให้ร่างกายตัวเองเกิดความสุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่ (2543) เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลตัวเอง เพื่อบรรเทาความเครียดและความหวาดกลัว โดยการยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง เชื่อในเรื่องการทำกรรมดีเพื่อให้ผล

บุญและบุญที่ได้จะส่งผลดีให้กับตัวเอง การทำสมาธิเพื่อให้จิตใจสบาย ความรู้สึกกลัวตายลดลง นอกจากนี้ในทางพุทธศาสนา ถือว่าการทำบุญทำกุศล เป็นความสุขที่มีผลระยะยาว เป็นความสุขที่เข้าถึงจิตใจ เป็นความสุขที่เต็มอิ่ม ทำให้เกิดปิติในบุญ และเมื่อเราทำไปแล้ว ก็ไม่หมั่นนึกถึงเมื่อไหร่ ใจก็อิ่มเอิบ ผ่องใส เป็นความสุขที่ยั่งยืนนาน (พระธรรมปิฎก, 2546)

### ประเด็นย่อยที่ 7 ความต้องการได้รับความช่วยเหลือ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ที่เจ็บป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ตลอดเวลาที่เผชิญอยู่กับโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ประกอบกับการที่ตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีการเสื่อมถอย มีภาวะพึ่งพาสูงกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงต้องการ ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ประณินบัตติจากลูกหลาน ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ไม่แสดงความรังเกียจว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ นอกจากนี้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หายแต่ก็ยังมีหวังว่าจะมีวัคซีนหรือยามารักษาให้หายได้ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือ มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ต้องการลูกหลานเอาใจใส่ดูแล 2) ดูแลด้านจิตใจไม่รังเกียจ และ 3) ต้องการมียารักษาให้หาย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย (ขวัญตา บาลทิพย์ พัชรียา ไชยลังกา และอาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์, 2543) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอันเป็นที่รัก เมื่อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมได้ดีที่สุด ค่านิยมและวัฒนธรรมไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นค่านิยมที่เปรียบผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ เป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อครอบครัว และสังคม เป็นผู้ที่ควรได้รับการตอบสนองอย่างยกย่องเชิดชู กล่าวคือเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้กับครอบครัว และสังคมในครั้งที่อยู่ในวัยทำงาน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ก็จะเปลี่ยนฐานะจากผู้ให้มาเป็นผู้รับมากขึ้น กล่าวคือต้องการการดูแลเอาใจใส่ จากสมาชิกครอบครัวและสังคม โดยจะปรากฏชัดเจนเมื่ออยู่ในสภาพช่วยตนเองไม่ได้ และต้องการความช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) นอกจากนี้ สมศักดิ์ กระจ่ายกลิ่น (2543) ได้สรุปความต้องการทางด้านจิตใจและความต้องการทางด้านสังคม ได้ว่า ผู้สูงอายุต้องการอยู่ร่วมกับบุตรหลาน และได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้วยความรัก ได้รับยกย่องนับถือจากบุตรหลาน และจากบุคคลในสังคม ในฐานะผู้อาวุโสที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและ สังคม

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ โดยใช้วิธีการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาลได้ดังนี้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในระยะแรกของการบอกผลการวินิจฉัย พยาบาลที่ให้คำปรึกษา (Counseling nurse) ควรเน้นในการดูแลด้านจิตใจเป็นสำคัญ เนื่องจากความรู้สึกของผู้สูงอายุ เมื่อรับรู้ถึงผลการวินิจฉัย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกและการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย ได้แก่ ความรู้สึกตกใจ ความรู้สึกไม่แน่ใจ ความรู้สึกกลัว พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา ควรประเมินการรับรู้และประเมินสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุก่อนที่จะบอกผลการวินิจฉัยให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ พยาบาลควรส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุกลัวได้รับการรังเกียจและการไม่ยอมรับจากบุคคลอื่น โดยแสดงความเห็นอกเห็นใจ แสดงความยกย่องในความเป็นผู้สูงอายุ มีท่าทีอ่อนน้อม ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ รับฟังความทุกข์และความไม่สบายใจที่ผู้สูงอายุแสดงออกมา

2. ในระยะหลังจากทราบผลการวินิจฉัย ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะปกปิดสภาพการติดเชื้อของตนเองกับบุคคลอื่น รวมถึงบุคคลในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุกลัวจะได้รับการรังเกียจ กลัวไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ดังนั้นพยาบาลที่ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษา จำเป็นจะต้องเข้าใจความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำข้อมูลอันเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูล เพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนสนับสนุนครอบครัวของผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือจากครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

3. ให้ข้อมูลที่สนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งจากข้อค้นพบที่ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ จะมีการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น พยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง พยาบาลควรมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

4. พยาบาลต้องประเมินให้ได้ว่าผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะแยกตัวออกจากสังคม มีสาเหตุเนื่องมาจากอะไร เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกของตนเอง พร้อมทั้งพยาบาลให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างถูกต้อง

5. ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะยอมรับสภาพการเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุ มีความเข้าใจในชีวิต ยอมรับในเรื่องการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะแสวงหาที่พึ่งทางใจ โดยการทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การรดน้ำมนต์ การทำบุญ บริจาคทาน ดังนั้นพยาบาล ควรให้คำแนะนำในเรื่องการใช้ศาสนาเป็นที่พึ่ง พร้อมทั้งแนะนำครอบครัวของผู้สูงอายุให้สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

6. ให้คำแนะนำครอบครัวผู้สูงอายุให้เข้าใจและทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในเรื่อง การให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ การไม่แสดงความรังเกียจต่อผู้สูงอายุ ให้การยอมรับและยกย่องในฐานะที่เป็นผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาเปรียบเทียบ การรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกับผู้ป่วยโรคเอดส์วัยอื่นๆ ขณะมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ว่ามีผลต่อ การดำเนินชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างไร

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การแสวงหาที่พึ่งทางใจ โดยการปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2541). **ประสบการณ์ชีวิตของสตรีไทยที่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). **สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย**. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน.
- เกียรติ รัชรัฐธรรม. (2540). Advances on AIDS: Pathogenesis and Therapy. ใน สิริ เขียวชาญวิทย์ (บรรณาธิการ), **Color Atlas of HIV Infection**, หน้า 1-37. กรุงเทพมหานคร: พีบี ฟอเรนส์บู๊คเซนเตอร์.
- ขวัญตา บาลทิพย์, พัชรี ไชยลังกา และ อภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2543). ความต้องการของผู้ป่วย เอดส์ขณะเผชิญกับภาวะใกล้ตาย. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 20(1): 33-45.
- งานควบคุมโรคติดต่อและกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2545). **สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดเชียงราย**. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือนสิงหาคม 2545.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2546). **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- จามจุรี แซ่หลู่. (2543). **การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจริญพร ตรีนตร. (2543). **ประสบการณ์การพัฒนาดนเองของพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอก ธนะสิริ. (2538). **สมาธิกับคุณภาพชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิ่งจำกัด



- ชัชานาญ ฌ. นคร และคณะ. (2538). บทบาทของพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. **วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 20(3): 331-339.
- ชัยยศ คุณานุสนธิ์. (2545). ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ผลกระทบต่อประเทศไทย. ใน ชีษณุ พันธุ์เจริญ ทวีโชติ พิทยสุนนท์และอุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), **โรคเอดส์ในเด็ก**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยยศ คุณานุสนธิ์และคณะ. (2539). สถานการณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2538-2539. **วารสารโรคเอดส์** 8(4): 191-199.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2542). การใช้โปรแกรมการอบรมเรื่องโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชนบท. ใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2536-2540**. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2541). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและความต้องการการดูแลทั้งหมัดที่บ้าน. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยสภากาชาดไทย** 23(1): 46-54.
- ธารทิพย์ กิจไพบลูย์ชัย. (2543). **ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในการได้รับการบอกความจริงจากทีมสุขภาพและการบอก/ไม่บอกความจริงแก่ครอบครัวเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์. (2540). การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. **วิทยาสารพยาบาลวิทยาลัยสภากาชาดไทย** 22(3): 153-170.
- นิตา ชูโต. (2540). **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: พี เอ็น การพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรสังคม**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2541) พฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์**, หน้า 86-89. โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากล. (2538). การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 7(3): 12-14.
- ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. (2543). ความเหมือนและความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรัชญาการณวิทยา ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. **วารสารสภาการพยาบาล** 15(2): 12-24.
- ประเวศ วะสี. (2545). **วิถีมุขยในศตวรรษที่ 21 สู่ภพภูมิใหม่แห่งการพัฒนา**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- ปรีชา อุบโยคิน และคณะ. (2541). **ไม้ใกล้ฝั่ง: สถานภาพและบทบาทผู้สูงอายุไทย**. เจริญดีการพิมพ์.
- ปองลดดา พรหมจันทร์และคณะ. (2542). วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด. **พยาบาลสาร** 26(4): 29-39.
- พระเทพวิสุทธิเมธี(ปัญญานันทภิกขุ). (2536). **มรณานุสติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสภา.
- พระธรรมปิฎก(ป.อ.ปยุตโต). (2546). **คู่มือชีวิต**. กรุงเทพมหานคร: กองทุนวุฒิธรรม.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ และคณะ. (2534). **สรุปรายงานการวิจัย: กรณีศึกษาแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์**. โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2539). **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน. (2541). **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์**. โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีรยา จารุทรัพย์. (2539). **โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน**. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). **การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์**. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภารดี นานาศิลป์ และ พรรณวดี ตันติศิรินทร์. (2543). **ความเครียด การเผชิญความเครียด และการดูแลจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอดส์**. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- มัลลิกา ตั้งเจริญ. (2534). **การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี ประทุมศรี, เพลินพิศ สุานิวัดมนานนท์ และอรัญญา เขาวลิต. (2542). ประสพการณ์การให้การดูแลของพยาบาล และการได้รับการดูแลของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 19(3): 47-64.
- ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. (2541). โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในผู้ป่วยผู้ใหญ่. ใน พิไลพันธ์ พุทธิวัฒนะ (บรรณาธิการ), **เอชไอวีและจุลชีพพยาธิวิทยา**, หน้า 18.1-18.26. กรุงเทพมหานคร: อักษรสมัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. **วารสารพยาบาล** 41 (1): 10-19.
- วรชัย ทองไทย และอรพินท์ พิทักษ์มหาเกตุ. (2537). **ความรู้การรับข้อมูลข่าวสารและพฤติกรรมการเกี่ยวกับโรคเอดส์**. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา อิมเอม และ ศศิเพ็ญ พวงสายใจ. (2542). **การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2537). **การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2542). **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย ปีพ.ศ.2536-2540**. กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศรีเวื่อน แก้วกวาง. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย เล่มที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). **ครอบครัวและผู้สูงอายุ**. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (บรรณาธิการ), **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**, หน้า 3.1-3.18. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สมบัติ แทนประเสริฐสุข และคณะ. (2543). **นิยามผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กลุ่มงานระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สมศักดิ์ กระจายกลิ่น. (2543). การเตรียมพร้อมสู่ปัจฉิมวัย. ใน สุขชาติ โสมประยูร (บรรณาธิการ), **สุขภาพเพื่อชีวิต**, หน้า 145-146. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2539). **สังคมวิทยาภาวะสูงอายุความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมนักประชากรไทย. (2542). สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. **การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาวิตรี เทียนชัย. (2542). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจทำแท้งของหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอดส์ครั้งแรกใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน. ใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2536-2540**. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สิรพรรณ วิกรานตเสวี. (2540). ผู้สูงอายุกับโรคเอดส์: ทำไมต้องมองข้าม. **พยาบาลสาร** 24 (2): 30-36.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฮลิส ดิก พับลิชชิงจำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- สุปรีดา มานัสสถิตย์. (2538). การลดโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกในระหว่างคลอด โดยเฉพาะการสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ. **วารสารโรคเอดส์** 7(4): 202.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และ จริยาวัตร คมพัยค์. (2545). **ความเครียด สุขภาพและความเจ็บป่วยแนวคิดและการศึกษาในประเทศไทย**. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวภา พรศิริพงษ์. (2541). ปฏิกริยาของสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว. ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุขและคันสนีย์ เรื่องสอน (บรรณนิการ), **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์**, หน้า 113-115. โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อภิรดี เขมวนิช. (2541). **การดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**. สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

อรัญญา เชาวลิต และ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเขียว. (2539). ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์: พันธะหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 16 (4): 14-22.

#### ภาษาอังกฤษ

Backer, Barbara A., Hannon, Natalie and Russell , Noreen A.(1994). **Death and Dying Understanding and Care**. 2<sup>nd</sup> edition. Delmar.

Baldwin, J. (2002). AIDS May Escape Diagnosis in Older People. **Geriatric Times** [Online].Availablefrom: <http://www.medinfosource.com/gt/g010106.html> [2002,June 16]

Barroso, J. (1997). Social Support and Long-term Survivors of Aids. **Western Journal of Nursing Research** 19(5): 554-582.

Bruhn, J.G. (1994). Social and Psychological Aspect of AIDS. In Muma, R.D. and et al, **HIV manuals for health care professionals**. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.

Coward, D.D., and Lewis, F.M. (1993). **The Lived Experience of self-transcendence in gay men with AIDS**. (CD-ROM). Abstract from: Cinahl: Accession Number 1994177283

Desantis, L., and Ugarriza, D.N. (2000). The Concept of Theme as Used in Qualitative Nursing Research. **Western Journal of Nursing Research** 22(3): 351-372.

Ebersole and Hess. (1998 ). **Toward health aging**. Fifth Edition. Mosby year book.



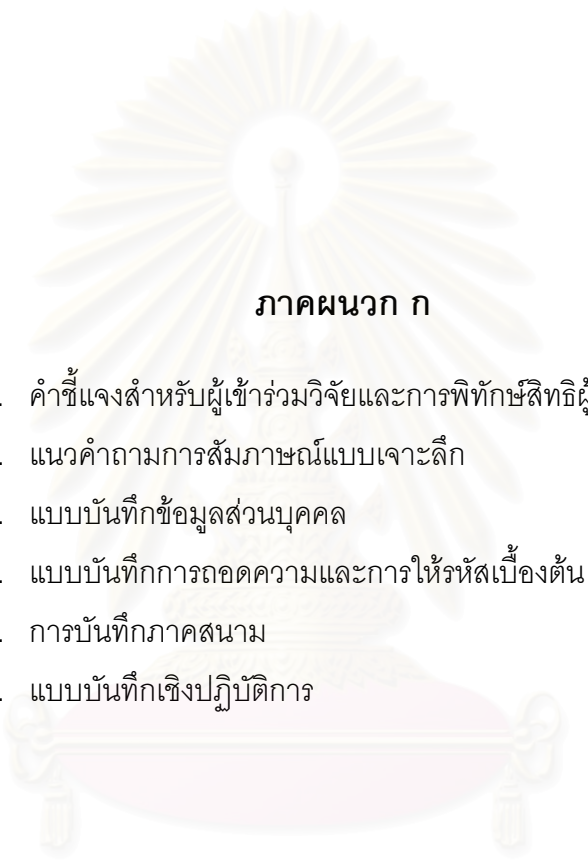
- Gillespien, N.N. (1995). **One day at a time: Women's Experience of Living with HIV/AIDS in low prevalence area of the Midwest.** (CD-ROM). Abstract from: Cinahl: Accession Number 1999058252
- Gray, J.J. (1999). The Difficulties of Women Living with HIV Infection. **Journal of Psychosocial Nursing** 37(5): 39-43.
- Hall, A.B. (1997). Spirituality in Terminal illness. **Journal of Holistic Nursing** 5(1): 82-96.
- Hall, A.B. (1998). Patterns of Spirituality in Person with Advance HIV disease. **Research in Nursing & Health** 21: 143-153.
- Holloway, I., and Wheeler, S. (1996). **Qualitative Research for Nurse.** Malden, MA: Blackwell Science.
- Juethong, W. (1998). **Thai Baccalaureate Nursing Student's Caring and Uncaring Lived Experiences with Thai Nursing Instructors.** A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing at George Mason University.
- Kespichayawattana, J. (2001). Health Impacts on Elderly Parents Caring for Adult Children with AIDS. **The Fifth International Conference Abstract Book.** Chiang Mai: HIV Organizers.
- Koch, T. (1995). Interpretive approaches in nursing research: The Influence of Husserl and Heidegger. **Journal of Advance Nursing** 21: 827-836.
- Lazarus, R.S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer Publishing.
- Leonard, V.W. (1994). A Heideggerian phenomenology perspective on the concept of person. in Benner, P. (Edition), **Interpretive phenomenology.** Thousand Oak: Sage Publication
- Lincoln, Y.S., and Guba, E.G. (1985). **Naturalistic Inquiry.** Newburg Park CA: Sage Publications.
- Lueckenotte, A.G. (2000). **Gerontologic Nursing.** Second Edition. St.Louis: Mosby.
- Orem, D.E. (1995). **Nursing Concept of Practice.** Sixth Edition. St. Louis: Mosby year book.

- Paul, G. (1996). Impact of HIV/AIDS on Older people. ใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ.2536-2540.** กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- Porche, D. (1999). HIV Disease in Older Adults. In Stanley Mickey, Gauntlett Beare Patricia (Ed.). **Gerontological Nursing.** Philadelphia: F.A.DAVIS COMPANY.
- Schuerman, D.A. (1994). Clinical Concerns: AIDS in the Elderly. **Journal of Gerontological Nursing** 20(7): 11-17.
- Scura, K.W., and Whipple, B. (1995). HIV Infection and Aids in the Elderly. In Stanley, M., and Beare, P.G. (Ed). **Gerontological Nursing.** Philadelphia: F.A.DAVIS Company.
- Streubert, H.J., and Carpenter, D.R. (1999). **Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative.** Second Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Suwisith, N. (1996). **The Lived Experience of People living with HIV infection.** Master of nursing, School of Nursing, Edit Covan University.
- Szirony, T.A. (1999). Infection with HIV in the Elderly Population. **Journal of Gerontological Nursing** 25(10): 25-31.
- UNAIDS. (2004). **Global summary of the HIV/AIDS epidemic December 2003.**  
[Online]. Available from:  
<http://www.unaids.org/EN/other/functionalities/search.asp#>
- UNAIDS. (2002). **Fact sheets: Impact of HIV/AIDS on older populations.** [Online]. Available from: [http://www.unaids.org/fact\\_sheets/files/Fsolder\\_en.html](http://www.unaids.org/fact_sheets/files/Fsolder_en.html)  
[2002,June20]
- Welch, K. (2002). Predictor of Survival in Older Men with AIDS. **Geriatric Nursing** 23(2): 62-68.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ภาคผนวก ก

1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย
2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
5. การบันทึกภาคสนาม
6. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

### ก่อนเริ่มต้นสัมภาษณ์:

ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเองและแนะนำรายละเอียดงานวิจัยโดยกล่าวดังนี้คือ

“ สวัสดิ์ค่ะ ดิฉันนางสุทธิดา ยศหลวงผืน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนอื่นต้องขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูงในการที่อนุญาตให้ดิฉันได้มีโอกาสพบปะพูดคุยและชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัย ซึ่งขณะนี้ดิฉันกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์เรื่องราวสิ่งที่ประสบมา การรับความรู้สึกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ตลอดจนจนถึงการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์”

### วัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย

ผู้วิจัยแนะนำวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยกล่าวดังนี้คือ

“วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์”

ผู้วิจัยแนะนำประโยชน์ของการวิจัยโดยกล่าวดังนี้คือ

“การที่ท่านยินดีให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูลถือว่าเป็นประโยชน์และเป็นวิทยาทานทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์อย่างลึกซึ้ง เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพและวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล ในการให้ความช่วยเหลือดูแล การจัดบริการสาธารณสุข หรือการจัดบริการด้านต่างๆสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเอดส์ได้อย่างเหมาะสม และจะเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านคือในฐานะที่ดิฉันมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และเคยผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มาแล้ว หากท่านมีปัญหาประการใด ดิฉันยินดีให้คำแนะนำแก่ท่านด้วยความยินดียิ่ง และท่านสามารถติดต่อกับดิฉันได้ตลอดเวลา ตามเบอร์โทรศัพท์ที่ดิฉันให้ไว้”

### ขั้นตอนของวิธีการวิจัย:

ผู้วิจัยแนะนำขั้นตอนและวิธีการวิจัยโดยกล่าวรายละเอียดดังนี้คือ

“ท่านเป็นคนที่ดิฉันคิดว่า สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจะขอสัมภาษณ์ท่านเกี่ยวกับ ชีวิตความเป็นอยู่ของท่านเมื่อท่านทราบว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ การสัมภาษณ์จะกระทำในสถานที่ ที่ท่านสะดวกหรือที่บ้านของท่าน ตามที่ท่านตัดสินใจเลือก ในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันต้องขออนุญาตอัดเทป ทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องของเนื้อหาตรงตามที่ท่านเล่า และคาดว่าจะระยะเวลาในการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 1 ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง ดิฉันจะทำการสัมภาษณ์ท่านอย่างน้อย 2 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ท่านได้เล่าข้อมูลจากความรู้สึกนึกคิดจากการรับรู้ในมุมมองของท่านตามที่ท่านได้ประสบมาให้มากที่สุดเท่า



ที่จะทำได้ ในระยะสุดท้ายของการวิจัยนี้ ดิฉันจะสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เสนอให้ท่านทั้งนี้เพื่อจะได้ตรวจสอบยืนยันว่าสิ่งที่ศึกษามีความกระจ่าง ถูกต้อง ตรงตามที่หมายความหรือไม่”

#### การรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย:

ผู้วิจัยแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยกล่าวรายละเอียดดังนี้คือ

“ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่ทำความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้นแก่ท่าน อย่างไรก็ตามในบางคำถามอาจก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือทำให้ท่านลำบากใจในการตอบ ท่านสามารถหยุดหรือปฏิเสธที่จะตอบหรือพูดคุยในเรื่องนั้นๆ ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจแก่ท่านได้ ชื่อ-นามสกุล ตลอดจนข้อมูลส่วนตัวที่จะเปิดเผยตัวท่าน จะไม่มีการเปิดเผยไม่ว่าโดยการพิมพ์เผยแพร่หรือเปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อของท่านจะไม่ถูกบันทึกอยู่ในข้อมูลแต่จะใช้รหัสตัวเลขหรือนามสมมุติ แทนตัวท่าน เพื่อเป็นการปกปิดความลับ”

“ในการสัมภาษณ์จะดำเนินการมีการอัดเทปบันทึกเสียงระหว่างสัมภาษณ์ เทปที่บันทึกจะถูกศึกษาโดยการฟังและถอดเทปโดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เทปอัดการสัมภาษณ์ทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะระมัดระวังความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของท่านให้มากที่สุด”

“ในกรณีที่ผู้วิจัยพบว่าขณะทำการสัมภาษณ์หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะทำหน้าที่รับฟังปัญหาและให้คำแนะนำถ้าปัญหามีความรุนแรงต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ผู้วิจัยจะส่งต่อไปยังบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือโดยตรง”

“หากท่านมีข้อสงสัยใดๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบให้ท่านเข้าใจ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ถือว่าเป็นความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถที่จะปฏิเสธต่อการเข้าร่วมวิจัย หรือหากท่านยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านก็ยังมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลเสียหายใดๆต่อท่าน และต่อการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพของท่าน”

“ หากท่านยินดีที่จะมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามหมายเลขโทรศัพท์นี้คือ 053-750716 หรือ โทรศัพท์มือถือคือ หมายเลข 01-6680338 ผู้วิจัยยินดีที่จะให้ความกระจ่างและตอบคำถามแก่ท่านเสมอ”

ขอขอบคุณในความร่วมมื่อ

สุทธิดา ยศหลวงฝัน

## 2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

นามสมมุติ.....รหัส.....

หมู่บ้าน.....อำเภอ.....

วันเดือนปีที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....การสัมภาษณ์เสร็จสิ้นเวลา.....

ครั้งที่สัมภาษณ์.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

แนวคำถามในการเก็บข้อมูลสร้างจากวัตถุประสงค์และแนวคิดในการวิจัยเป็นแนวคำถามที่กว้างสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล โดยมีแนวคำถามดังนี้

### 1. ขั้นเริ่มการสนทนา

ผู้วิจัยเริ่มจากการสัมภาษณ์เรื่องทั่วไปโดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ปัจจุบันท่านอายุเท่าไร
- 2) สมาชิกในครอบครัวมีทั้งหมดกี่คน
- 3) ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว
- 4) สถานภาพสมรสเป็นอย่างไร (โสด ม่าย หย่า แยก)
- 5) ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร
- 6) ปัจจุบันสุขภาพของท่านโดยทั่วไปเป็นอย่างไร
- 7) ท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร

### 2. ขั้นเข้าสู่ประเด็นที่ต้องการศึกษา

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามแบบกว้างๆ ในประเด็นที่จะสนใจศึกษาโดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ตั้งแต่ท่านทราบว่าตนเองติดเชื้อชีวิตของท่านเป็นอย่างไรบ้าง
- 2) ตั้งแต่ท่านเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีอะไรเกิดขึ้นกับชีวิตท่านบ้าง
- 3) สิ่งที่เกิดขึ้น มีผลต่อการดำเนินชีวิตของท่านอย่างไร
- 4) ท่านคิดว่าต่อไปชีวิตของท่านจะเป็นอย่างไร

ผู้วิจัยใช้แนวคำถามเจาะลึกในประเด็นที่สนใจศึกษาโดยมีแนวคำถามดังนี้

- 1) ชีวิตของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไบบ้างเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่
- 2) การเจ็บป่วยของท่านทำให้ชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร

ผู้วิจัย Probe ต่อในเรื่องต่อไปนีถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง เช่น หน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว

- 3) อยากให้ท่านลองเล่าความรู้สึกของท่านเมื่อทราบว่าเป็นโรคนี้

- 4) บุคคลในครอบครัวแสดงความรู้สึกต่อท่านอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคนี้
- 5) เพื่อนบ้านหรือบุคคลในชุมชนของท่าน แสดงความรู้สึกต่อท่านอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านเป็นโรคนี้
- 6) ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้างจากบุคคลในครอบครัวหลังจากที่ทราบว่าท่านเป็นโรคนี้...เหมือนหรือแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่....ลองยกตัวอย่าง
- 7) ท่านได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้างจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลในชุมชนหลังจากที่ทราบว่าท่านเป็นโรคนี้...เหมือนหรือแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่....ลองยกตัวอย่าง
- 8) การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไร

Probe ต่อในเรื่องต่อไปนี ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง

ทางด้านร่างกาย

- ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านขณะนี้เป็นอย่างไ

ทางด้านจิตใจ

- ท่านมีสิ่งกัังวลห่วงใยเรื่องอะไรบ้าง...เพราะเหตุใด

ทางด้านสังคม

- บุคคลในครอบครัวมีปฏิกิริยาต่อท่านอย่างไร
- เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนมีปฏิกิริยาต่อท่านอย่างไรบ้าง
- ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านแวะเวียนมาหาท่านที่บ้านหรือไม่...มีท่าทีอย่างไรบ้าง...พูดคุยเรื่องอะไรกันบ้าง

ทางด้านเศรษฐกิจ

- หลังจากท่านเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องใดบ้าง....อย่างไร....

- 9) ท่านทราบจากใครว่าท่านป่วยด้วยโรคนี้
- 10) ท่านปรึกษา ปัญหาเรื่องการติดเชื้กับใครบ้าง...เมื่อไหร่...อย่างไร

Probe ต่อในเรื่องต่อไปนี ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง

- ทำไมท่านจึงบอกเรื่องการติดเชื้กับบุคคลเหล่านั้น
- บุคคลที่ท่านบอกเรื่องการติดเชื้มีปฏิกิริยาอย่างไรบ้างเมื่อได้รับฟังสิ่งที่ท่านบอก

- 11) ท่านต้องทำอะไรบ้างเมื่อท่านป่วยด้วยโรคนี้
- 12) ตั้งแต่ท่านทราบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ท่านมีการดูแลตัวเองอย่างไรบ้าง

Probe ต่อในเรื่องเหล่านี้ถ้าผู้ให้ข้อมูลหลักกล่าวถึง เช่น

- มีวิธีการอื่นอีกหรือไม่

- คุณเคยไปรับการรักษาโรคเอดส์ที่ไหนบ้าง ไปแล้วเป็นอย่างไรบ้าง
- คุณเคยไปปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากใครหรือไม่
- ถ้าเคยไปปรึกษาใคร....ด้วยเรื่องอะไร....หลังจากปรึกษาแล้วคุณรู้สึกอย่างไร
- ถ้าไม่เคยคุณมีความคิดเห็นเรื่องนี้อย่างไร

### 3. ขั้นปิดการสนทนา

ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามหรือกล่าวในสิ่งที่ต้องการพูดเพิ่มเติม

- 1) มีอะไรอีกหรือไม่ที่ท่านยังไม่ได้เล่าหรืออยากเล่าเพิ่มเติม
  - 2) ท่านมีอะไรที่ต้องการจะซักถามผู้วิจัยหรือไม่ กรุณาพูดตามความรู้สึกของท่าน
- ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและสรุปประเด็นที่สนทนาในครั้งนี้นัดหมายการสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

เพศ.....อายุ.....

สถานภาพสมรส.....ศาสนา.....

ระดับการศึกษา.....อาชีพก่อนเกษียณอายุ.....

อาชีพปัจจุบัน.....รายได้.....

สถานภาพในครอบครัว.....ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ.....

จำนวนบุตร.....จำนวนบุคคลในครอบครัว.....

#### ประวัติสุขภาพ

ความเจ็บป่วยในอดีตและการรักษา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบันและการรักษา

การวินิจฉัยโรค.....

ระยะเวลาตั้งแต่เมื่อทราบผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี.....

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มป่วยด้วยโรคเอดส์.....

อาการปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

การรักษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



สัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว

.....

.....

.....

สภาพที่อยู่อาศัย

.....

.....

.....

.....

สิ่งแวดล้อม.....

.....

.....

.....

.....

ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน.....

.....

.....

.....

.....

แผนที่บ้านโดยสังเขป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## 6. แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....-.....น.

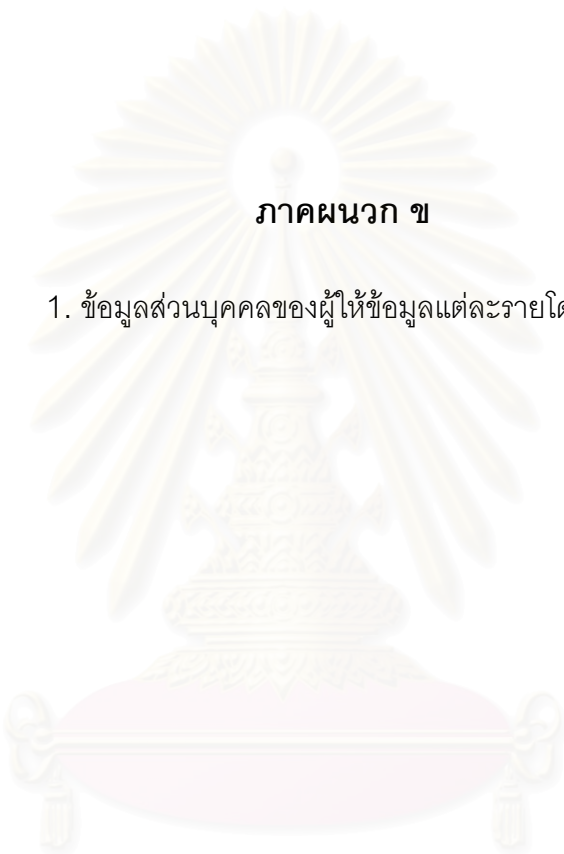
การเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เวลา.....-.....น.

สถานที่สัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
2. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
3. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
4. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
5. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม.....
6. อื่นๆ.....

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป

สำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 8 ราย ผู้วิจัยจะใช้รหัส ID (Identification) แทนผู้ให้ข้อมูล แต่ละราย โดยเริ่มตั้งแต่ ID1 – ID8 ดังนี้คือ

### 1. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 1 (ID 1)

#### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดเชียงราย ปัจจุบันอายุ 66 ปี นับถือศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส หย่า จบการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพเคยเป็นลูกจ้างประจำกรมชลประทาน ลาออกได้ประมาณ 20 ปี ออกมาทำธุรกิจส่วนตัว คือ รับเหมาก่อสร้าง ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยให้ลูกสาวทำธุรกิจรับเหมาก่อสร้างแทน เนื่องจากอายุมาก และต้องการพักผ่อน

#### ชีวิตครอบครัว

มีภรรยา 2 คน ภรรยาคนแรก มีบุตรด้วยกัน 3 คน แยกกันอยู่กับภรรยาคนแรก ได้สืบทอดอาชีพและหย่าขาด เมื่อ 6 ปีก่อน ส่วนภรรยาคนที่สอง มีบุตรด้วยกัน 1 คน ได้แยกกันอยู่ประมาณ 5 ปี โดยภรรยาคนที่สองรับผิดชอบดูแลบุตรเองโดยอาศัยอยู่ในอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับ ครอบครัวของลูกสาวคนโต ได้แก่ลูกสาว ลูกเขย และหลานอีก 2 คน ส่วนลูกชายอีก 2 คนที่เกิดจากภรรยาคนแรก แยกตัวออกไปอยู่ที่อื่น แต่ยังไปมาหาสู่กับผู้ให้ข้อมูล โดยมาเยี่ยมเดือนละ 1-2 ครั้ง

#### สภาพความเป็นอยู่

ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร อยู่บ้านเฉยๆ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ออกกำลังกาย โดยขี่รถจักรยาน และเดินรอบๆบ้านทุกวัน ประกอบอาหารรับประทานเองโดยให้เหตุผลว่าคนอื่นทำไม่ถูกใจ ส่วนลูกสาวจะคอยช่วยเหลือดูแลออกค่ารักษาพยาบาลและพาไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด

#### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกเมื่ออายุ 61 ปี โดยลูกสาวพาไปทำประกันชีวิตและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี แพทย์ที่คลินิกบอกว่าผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าตนเองไม่แน่ใจว่าติดเชื้อเอชไอวีจริง ต่อมาเมื่อการนำน้ำหนักลด ผอมลง ไอ และวูบไม่รู้สึกตัวลูกสาวจึงพาไปโรงพยาบาล แพทย์บอกว่า เป็นวัณโรคและเป็นโรคเอดส์ จึงรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล มีอาการแพ้ยารักษาวัณโรคคือ มีผื่นทั่วตัว ตัวตาเหลือง รักษาอยู่โรงพยาบาลนาน 1 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเริ่มยอมรับว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ หลังจากอาการทุเลาลงจึงไปรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ลูกสาวพาไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเกี่ยวกับยารักษาโรคเอดส์ และซื้อยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากยาต้านไวรัสมีราคาแพงประกอบกับลูกชายเป็นข้าราชการสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ จึงปรึกษากับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนขอส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลรัฐบาล ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรับประทานยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด มาตรวจตามแพทย์นัดทุกเดือน ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่า ตนเองเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงหลายคน ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากคิดว่าผู้หญิงทำทางสะอาดคงจะไม่มีโรคและคิดว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัวเลยไม่รู้สึกลัว

## การเปิดเผยตนเอง

ในระยะแรกเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลปกปิดสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลในชุมชนเนื่องจากกลัวสังคมรังเกียจ แต่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อแก่บุคคลในครอบครัวและญาติสนิท ต่อมาโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้ามาในชุมชนมากขึ้น มีหลายคนในหมู่บ้านที่เป็นโรคเอดส์และคนในหมู่บ้านไม่มีท่าทีรังเกียจ ผู้ให้ข้อมูลจึงเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเอง และได้สมัครเข้าชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเหตุผลคือต้องการการรักษาฟรีและไม่อยากรบกวนลูกถึงแม้ว่าลูกจะเบิกค่ารักษาได้ แต่การเบิกเงินคืนต้องใช้เวลานาน เบิกเป็นจำนวนมาก และต้องเบิกทุกเดือน เมื่อเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลได้รับการยอมรับจากคนในชมรมโดยได้รับเลือกให้เป็นประธานของกลุ่มผู้ติดเชื้อในระดับตำบล และเป็นวิทยากรให้คำแนะนำในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน

## 2. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายชื่อที่ 2 (ID 2)

### ประวัติส่วนตัว

ผู้ให้ข้อมูลเป็นชาวจังหวัดเชียงราย เพศหญิง อายุ 71 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ม่าย ไม่ได้เรียนหนังสือ แต่สามารถอ่านออกเขียนได้บ้าง อาชีพ ค้าขายและรับจ้างทั่วไป

### ชีวิตครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลมีบุตรทั้งหมด 9 คน บุตรเสียชีวิตไป 3 คน ในจำนวนนั้นเสียชีวิตจากโรคเอดส์ 1 คน สามีประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป สามีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เมื่อ 7 ปีก่อน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าชีวิตครอบครัวไม่ค่อยมีความสุข เนื่องจากสามีเป็นคนชอบเที่ยว ชอบเที่ยวผู้หญิงบริการ บางครั้งบังคับให้ตนเองมีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยที่ตนเองไม่ยินยอม เนื่องจากคิดว่าอายุมากแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองกลัวว่าจะติดโรคเอดส์จากสามี แต่ไม่สามารถทำอะไรได้ เนื่องจากสามีชอบหาเรื่องทะเลาะเมื่อตนเองไม่ยินยอม ทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์สามีจะไม่ใช้ถุงยางอนามัย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองติดโรคเอดส์จากสามีเนื่องจากสามีชอบเที่ยวผู้หญิงบริการและนำมาเชื่อมาสู่ตน

### สภาพความเป็นอยู่

ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับลูกชายคนสุดท้อง ลูกคนอื่นๆ แยกย้ายออกไปมีครอบครัวเป็นของตนเอง แต่อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล บางครั้งเมื่อลูกชายคนสุดท้องไม่อยู่ ต้องไปทำงานต่างจังหวัดครั้งละ 1-2 เดือน ลูกสาวคนที่สอง ซึ่งอยู่บ้านติดกัน จะเป็นคนช่วยดูแลช่วยเหลือเรื่องอาหารการกิน รายได้ส่วนหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลมาจาก ลูกคอยส่งเสียเงินมาให้ใช้บ้างเป็นครั้งคราว

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เมื่อ 9 ปีก่อน โดยตนเอง มีอาการไข้ อ่อนเพลียง่าย ลูกจึงพาไปตรวจโรงพยาบาล ประกอบกับลูกให้ประวัติว่าสามีของผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคเอดส์ แพทย์จึงทำการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวีจริง ผู้ให้ข้อมูลเคยป่วยหนักจนเข้าโรงพยาบาลแพทย์บอกว่ามีอาการของโรคปอดร่วม ต้องรับประทานยารักษาตลอด แต่ผู้ให้ข้อมูล รักษาพยาบาลไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากบางครั้งลูกไม่มีเวลาพาไปโรงพยาบาล ประกอบกับฐานะทางบ้านยากจน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูล มีร่างกายซูบผอม อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่อร่อย เป็นไข้บ่อยครั้ง ลูกจะไปรักษาที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน เพื่อเติมน้ำเกลือ และรับวิตามินมารับประทานบำรุงร่างกายเป็นประจำ ผู้

ให้ข้อมูลแล้วว่าตนเองเคยป่วยหนักจนถูกๆคิดว่าจะไม่รอดชีวิตจึงขอแพทย์เอาตนเองมาตายที่บ้าน แต่ตนเองก็มีชีวิตรอดฟื้นขึ้นมา และตั้งแต่วินิจฉัยชีวิตขึ้นมา ถูกหลอกลวงใจดูแลเอาใจใส่ตนเองมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ชีวิตข้างหน้าตนไม่รู้เป็นอย่างไร แต่ตนเองพอใจที่มีลูกหลานคอยเป็นห่วงและดูแลอย่างใกล้ชิด

### การเปิดเผยตนเอง

ในระยะแรกเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้แก่บุคคลในครอบครัว ไม่คิดที่จะเปิดเผยให้บุคคลอื่นรับรู้ แต่คนในชุมชนทราบว่าผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อ เนื่องจากสามีของผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และจากการที่ตนเองเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ชาวบ้านไปเยี่ยมจึงทราบว่าตนเองเป็นโรคเอดส์จึงนำไปบอกเล่าให้คนอื่น ๆ รู้ ในระยะแรกที่สามีป่วยเป็นโรคเอดส์ ชาวบ้านแสดงความรังเกียจครอบครัวของผู้ให้ข้อมูล จากที่เคยทำขนมขาย ต้องหยุดอาชีพนี้ลงเนื่องจากชาวบ้านแสดงความรังเกียจ ต้องเปลี่ยนอาชีพมารับจ้างปลูกข้าวโพดบ้าง ทำไร่ทำสวนบ้าง ปัจจุบันปฏิกิริยาที่แสดงความรังเกียจของชาวบ้านลดลงไป มาเยี่ยมเยียน และยอมรับผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น

## 3. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 3 ID 3

### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดเชียงราย เพศชาย อายุ 66 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส แยก จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนาและรับจ้างทั่วไป ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

### ชีวิตครอบครัว

มีภรรยา 3 คน ภรรยาคนแรกเสียชีวิตประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นแต่งงานใหม่กับภรรยาคนที่ 2 มีลูกด้วยกัน 5 คน เสียชีวิตไป 1 คน ขณะอยู่กับภรรยาคนที่ 2 ก็มีภรรยาคนที่ 3 เมื่อ 5 ปีก่อนย้ายไปอยู่กับภรรยาคนที่ 3 อีกอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงราย แต่ยังไม่มาหาอยู่กับภรรยาคนที่ 2 ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าขณะอยู่กับภรรยาคนที่ 3 เมื่อ 2 ปีก่อนตนเองมีอาการไอเรื้อรัง น้ำหนักลด จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ แพทย์บอกว่าตนเองติดเชื้อวัณโรคปอดและเป็นโรคเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ภรรยาคนที่ 3 บอกว่าไม่มีเวลาดูแล จึงให้ผู้ให้ข้อมูลกลับมาอยู่กับภรรยาคนที่ 2 และลูก ผู้ให้ข้อมูลมีความหวังว่าตนเองจะฝากชีวิตในบั้นปลายกับลูกๆและภรรยาคนที่ 2 แต่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าชีวิตไม่ค่อยมีความสุข บางครั้งลูกไม่ค่อยสนใจดูแลคอยว่ากล่าวเรื่องที่ผู้ให้ข้อมูลไปมีภรรยาคนที่ 3 และเสียเงินให้ภรรยาคนที่ 3 เป็นจำนวนมากพอเจ็บป่วยไม่สนใจดูแลผู้ให้ข้อมูล

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ตนเองเป็นโรคเอดส์และวัณโรคปอดเมื่อ 2 ปีก่อน โดยมีอาการไอ หายใจเหนื่อย แพทย์บอกว่าเป็นโรคเอดส์และวัณโรค รักษาพยาบาลอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องเข้าออกโรงพยาบาลตลอดเวลา ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลย้ายมาอยู่กับภรรยาคนที่ 2 รักษาวัณโรคปอดและโรคเอดส์ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ผู้ให้ข้อมูลมีร่างกายซูบผอม ไม่มีแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอารมณ์แปรปรวนบ่อย ซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา โดยมีภรรยาคนที่ 2 และลูกคอยช่วยเหลือดูแล

### สภาพความเป็นอยู่

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับภรรยาคนที่ 2 และลูก ผู้ให้ข้อมูลมีรายได้จากการที่ลูกสาวคนโตซึ่งมีครอบครัวกับคนญี่ปุ่นส่งเงินมาให้ใช้จ่ายภายในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลเดือนละ 5,000-10,000 บาท ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองไม่สบายใจที่ทำอะไรไม่ได้ต้องคอยพึ่งพาผู้อื่น บางครั้งโดนดูคาว่ากล่าวจากลูกและภรรยาคนที่ 2 ตนเองก็จำต้องอดทนเพราะไม่มีที่พึ่งที่ไหน

### การเปิดเผยตนเอง

ในระยะแรกเมื่อทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเอดส์และวัณโรคปอด ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีคนในครอบครัวเนื่องจากต้องการความช่วยเหลือดูแลจากบุคคลในครอบครัว แต่ปกปิดสภาพการติดเชื้อมีบุคคลในชุมชนและสังคม ต่อมาเมื่อมีอาการมากขึ้นมีอาการที่แสดงที่บ่งบอกว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ เพื่อนบ้านบางคนแสดงความรังเกียจ ไม่ยอมคบค้าสมาคมและไม่ยอมรับประทานอาหารด้วย บางคนก็ยอมรับแสดงความเห็นอกเห็นใจ ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าเมื่อตนเองเป็นโรคเอดส์และวัณโรคมีแต่คนรังเกียจ แม้แต่ภรรยาคนที่ 3 ก็รังเกียจไม่สนใจดูแล แต่ก็ยังดีใจที่ภรรยาคนที่ 2 และลูกคอยช่วยเหลือดูแลอยู่บ้าง

## 4. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 4 (ID 4)

### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดเชียงราย เพศชาย อายุ 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หย่า จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับราชการครู ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

### ชีวิตครอบครัว

มีลูก 2 คน หย่าขาดจากภรรยาได้ ยี่สิบกว่าปี ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบเลี้ยงดูลูกทั้งสองคน ปัจจุบันลูกแยกออกไปมีครอบครัวเป็นของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าชีวิตขณะรับราชการตนเองจะเป็นคนชอบเข้าสังคม ชอบเที่ยวเตร่ เล่นไพ่ กับเพื่อนฝูง เทียวผู้หญิงตามผับ บาร์ ชีวิตจะพบแต่สิ่งเหล่านี้ตลอดเวลา

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าก่อนเกษียณอายุราชการ สังเกตว่าตนเองมีร่างกายซูบผอม ผิวพรรณไม่มีน้ำมีนวล หลังจากเกษียณไม่ได้ทำงานใดๆ รู้สึกว่าตนเองผอมลงมาก เบื่ออาหาร จึงไปพบแพทย์ที่คลินิก ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี แพทย์บอกว่าตนเองติดเชื้อให้รีบไปรักษาที่โรงพยาบาลความรู้สึกที่แพทย์บอกว่าตนเองติดเชื้อผู้ให้ข้อมูลบอกว่า ตนเองรู้สึกตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีจริง ตนเองจึงไปปรึกษาญาติพี่น้อง และไปตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง แพทย์บอกว่าเป็นโรคเอดส์ ระดับ ซีดีโฟร์ต่ำมาก ต้องรับประทานยาต้านไวรัส ผู้ให้ข้อมูลยอมรับตัวเองและคิดว่าถ้าปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อย่างเคร่งครัด และดูแลสุขภาพตัวเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนาน ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูล ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ร่างกายซูบผอมเล็กน้อย ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกเดือน รับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

### สภาพความเป็นอยู่

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับญาติพี่น้องเป็นครอบครัวใหญ่ ส่วนลูกแยกย้ายออกไปมีครอบครัวเป็นของตนเอง ลูกชายคนโตอาศัยอยู่ต่างจังหวัด แต่โทรศัพท์พูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลสม่ำเสมอ ส่วนลูกชายคนสุดท้อง

อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกับผู้ให้ข้อมูล จะมาเยี่ยมเยียน ดูแลผู้ให้ข้อมูลอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลเจ็บป่วยหรือต้องไปโรงพยาบาล ลูกและญาติพี่น้องเป็นคนพาไปรักษา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

#### การเปิดเผยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ลูกและญาติพี่น้อง ทุกคนให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีไม่แสดงความรังเกียจ ส่วนบุคคลในชุมชนเพื่อนฝูงไม่มีใครทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ โดยผู้ให้ข้อมูลจะบอกผู้อื่นว่าตนเองเป็นโรคไตจึงมีร่างกายซูบผอม ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าบางครั้งรู้สึกกังวลกลัวคนอื่นรู้และจะรังเกียจถ้ารู้ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์

### 5. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายชื่อที่ 5 (ID 5)

#### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดพะเยา เพศชาย อายุ 74 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ม่าย จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

#### ชีวิตครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลมีภรรยา 3 คน ภรรยาคนแรกเสียชีวิตได้ประมาณ 13 ปี มีบุตรกับภรรยาคนแรก 1 คน หลังจากภรรยาคนแรกเสียชีวิตได้ 3 ปี จึงแต่งงานใหม่กับแม่ม่าย อยู่ด้วยกันได้ 8 เดือนก็เลิกกันไป ต่อมาอีก 3 เดือนมีภรรยาคนที่ 3 อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยาได้ประมาณ 3 เดือน ก็เลิกกันไปอีก หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลก็ไม่ได้มีภรรยาคนใหม่อีก ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับลูก ลูกชายและหลานอีก 1 คน

#### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 2 ปีก่อน มีตุ่มขึ้นตามตัวและเป็นงูสวัด ลูกพาไปตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์แนะนำให้เจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ผลปรากฏว่าพบเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลบอกว่ายอมรับตัวเองได้ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ โดยการ รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ งดการทำงานหนัก เพื่อตัวเองจะได้อยู่กับลูกหลานนานๆ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ในระยะผู้ป่วยเอดส์ มีร่างกายซูบผอม ตัวดำร่างกายอ่อนเพลีย แต่ช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

#### สภาพความเป็นอยู่

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับ ลูก ลูกชายและหลานอีก 1 คน โดยหลังจากที่ลูกของผู้ให้ข้อมูลทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ จึงย้ายครอบครัวซึ่งอยู่ที่กรุงเทพ กลับมาดูแลผู้ให้ข้อมูล ครอบครัวให้การช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ งดไม่ให้ ผู้ให้ข้อมูลทำงานหนัก พาผู้ให้ข้อมูลไปตรวจร่างกายตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ช่วยเหลือดูแลยามเจ็บป่วย คอยให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลตลอดเวลา

#### การเปิดเผยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนเอง โดยการสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อ เพื่อจะได้รับการช่วยเหลือเป็นเงิน เดือนละ 500 บาทมีรายได้จากการทำโครงการต่างๆร่วมกับผู้ติดเชื้อด้วยกัน คนในครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลและคนในชุมชน รับทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ ส่วนใหญ่คนในชุมชนให้การยอมรับ



ไม่แสดงความรังเกียจ เนื่องจากในหมู่บ้านที่ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ ต่างก็มีคนในครอบครัวเป็นโรคเอดส์ จึงมีความเข้าใจและเห็นใจในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้การยอมรับ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจและอยู่ร่วมกันเป็นปกติ

## 6. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายชื่อที่ 6 (ID 6)

### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดพะเยา เพศชาย อายุ 64 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส แยก จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการครู ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มีรายได้จากเงินบำนาญเดือนละ 16,000 บาท

### ชีวิตครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลมี บุตร 2 คน แยกกันอยู่กับภรรยา 20 กว่าปี ภรรยาไปแต่งงานใหม่ ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบดูแลบุตรเอง ปัจจุบันลูกแยกออกไปมีครอบครัวเป็นของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลจึงอาศัยอยู่เพียงลำพัง แต่มีบ้านของลูกและญาติพี่น้องอยู่ในละแวกเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่สบายลูกและญาติพี่น้องจะคอยช่วยเหลือพาไปโรงพยาบาล

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ เมื่ออายุ 61 ปี โดยสังเกตว่าตัวเองมีร่างกายซูบซีด อ่อนเพลีย ผอมและด่าง จึงไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาล แพทย์บอกว่าเป็นโรคเอดส์ ต้องรีบรักษา ผู้ให้ข้อมูลบอกความรู้สึกเมื่อทราบผลเลือดว่า รู้สึกตกใจ หดหู่ หนักใจ ไม่รู้ว่าชีวิตต่อไปจะเป็นอย่างไร จะอยู่อย่างไร กลัวคนรังเกียจ ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ปรึกษาลูกหรือญาติพี่น้องเนื่องจากกลัวจะได้รับการรังเกียจจากญาติพี่น้อง และคิดว่ามีเพียงแพทย์เท่านั้นที่จะให้ความช่วยเหลือได้ หลังจากทราบว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ ผู้ให้ข้อมูลสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองมากขึ้น รับประทานยาต้านไวรัส และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกเดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าสังคมของตนเอง ทุกวันศุกร์ เสาร์อาทิตย์ จะเที่ยวเตร่กับเพื่อนฝูง เล่นไพ่ กินเหล้าตามคลับและบาร์ บางครั้งเที่ยวผู้หญิงไปนอนตามโรงแรม มีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าตนเองติดเชื้อจากการเที่ยวผู้หญิง

### สภาพความเป็นอยู่

ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ตามลำพัง ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ มีร่างกายซูบผอม แต่ช่วยเหลือตัวเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าตั้งแต่รับประทานยาต้านไวรัส ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และดูแลสุขภาพตัวเองเป็นอย่างดี ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม และจะพยายามรักษาสุขภาพให้ดีที่สุดต่อไป ผู้ให้ข้อมูลออกสังคมพบปะเพื่อนฝูงเป็นบางครั้ง ลูกหลานญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือโดยมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ

### การเปิดเผยตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลไม่เปิดเผยสภาพการติดเชื้อมีใคร แต่ลูกหลานญาติพี่น้องเพื่อนฝูงจะทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ โดยได้รับคำบอกเล่าจากบุคคลอื่นเนื่องจากผู้ให้ข้อมูล เป็นคนมีชื่อเสียง มีคนรู้จักมาก ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าถึงแม้คนอื่นจะทราบว่าตนเป็นโรคเอดส์ แต่ทุกคนปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลเหมือนเดิม ไม่มีใครแสดงความรังเกียจ เพื่อนฝูงยังคงไปมาหาสู่ผู้ให้ข้อมูลสม่ำเสมอ

## 7. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 7 (ID 7)

### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดพะเยา เพศชาย อายุ 68 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ม่าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 2 อาชีพทำนา ปัจจุบันยังคงประกอบอาชีพทำนา

### ชีวิตครอบครัว

ผู้ให้ข้อมูลมี ภรรยา 2 คน ภรรยาคนแรกมีบุตรด้วยกันทั้งหมด 6 คน 8 ปีก่อนภรรยาเสียชีวิต หลังจากนั้นอีก 2 ปีจึงมีภรรยาคนที่ 2 ซึ่งเป็นแม่ม่ายสามีตาย อยู่กินด้วยกันจนมีภรรยาได้ 2 ปีก็เลิกกันไปโดยภรรยาคนที่ 2 ไปมีสามีคนใหม่ แต่ยังไม่มาหาอยู่กับผู้ให้ข้อมูลและมีเพศสัมพันธ์กันเป็นบางครั้ง 2 ปีก่อนภรรยาคนที่สองเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานและโรคเอดส์ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ลูกๆ ไม่คิดจะมีภรรยาคนใหม่อีก

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เมื่ออายุได้ 66 ปี โดยหลังจากที่ภรรยาคนที่ 2 เสียชีวิต ผู้ให้ข้อมูลคิดจะไปบวช แต่ก่อนจะบวชต้องเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อน ผู้ให้ข้อมูลจึงไปเจาะเลือด และผลออกมาเป็นบวก แต่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าตนเองไปเจาะเลือดมาแล้วผลปกติ จึงบวชได้ 1 พรรษา ประกอบกับร่างกายเริ่มทรุดโทรม ผอมลง อ่อนเพลียง่ายไม่ค่อยมีแรง และคิดว่าถ้าอาการทางร่างกายปรากฏมากขึ้น กลัวคนอื่นรู้ และเป็น การเสื่อมเสียต่อศาสนา จึงสึกออกมา และอาศัยอยู่กับลูก ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอยู่ในระยะของผู้ป่วยเอดส์ แต่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

### สภาพความเป็นอยู่

ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่กับลูกๆ ซึ่งคอยช่วยเหลือดูแล เวลาผู้ให้ข้อมูลเจ็บป่วย จะเป็นผู้พาไปรักษา และไปรับยารักษาโรคเอดส์ที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าไม่อยากจะไปโรงพยาบาลเนื่องจาก กลัวคนอื่นรู้ ว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ จึงให้ลูกไปรับยาแทนทุกเดือน

### การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

ผู้ให้ข้อมูลเปิดเผยการติดเชื้อมีบุคคลในครอบครัวเนื่องจากต้องการความช่วยเหลือ ดูแล แต่ปกปิดสภาพการติดเชื้อมีบุคคลในชุมชนเนื่องจากกลัวว่าจะได้รับการรังเกียจ ลูกหลานของผู้ให้ข้อมูลเมื่อทราบว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคเอดส์ ทุกคนให้การยอมรับและดูแลช่วยเหลือ ผู้ให้ข้อมูลอย่างที่เคยปฏิบัติมา

## 8. ผู้ให้ข้อมูลหลักรายที่ 8 (ID 8)

### ประวัติส่วนตัว

เป็นชาวจังหวัดเชียงราย เพศชาย อายุ 66 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพ รับราชการครู ลาออกก่อนเกษียณอายุราชการ 7 ปี หลังจากนั้นไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ

### ชีวิตครอบครัว

แต่งงานอยู่กินกับภรรยา มาประมาณ 40 ปี ไม่มีบุตรด้วยกัน แต่รับอุปการะส่งเสียหลานในการศึกษาเล่าเรียน หลังจากลาออกจากราชการ ไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ นอกจากช่วยเหลือสังคมพัฒนาหมู่บ้าน เป็น

กรรมการที่ปรึกษาในหมู่บ้าน มีรายได้จากเงินบำนาญเดือนละ 15,000 บาท ภรรยา มีรายได้จากเงินบำนาญเดือนละ 14,000 บาท

### การเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่ออายุ 62 ปี โดยสังเกตว่าตนเองมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวพรรณช้ำซีดลง น้ำหนักลด จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลตอนแรกผู้ให้ข้อมูลยังไม่ได้ตัดสินใจที่จะเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีเนื่องจากรับรู้มาว่าไม่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้แต่จากการได้พูดคุยกับแพทย์ทราบว่ามียาที่สามารถรักษา ให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้จึงตัดสินใจเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อ จึงทราบว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรับประทานยาต้านไวรัส โดยไปรับยาที่โรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ายาต้านไวรัสทำให้สุขภาพตนเองแข็งแรงขึ้น ตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาภรรยามากนัก ภรรยาของผู้ให้ข้อมูลได้เจาะเลือดเพื่อหาเชื้อไวรัสเอชไอวี ผลปรากฏว่าไม่พบเชื้อ

### สภาพความเป็นอยู่

ผู้ให้ข้อมูล อาศัยอยู่กับภรรยาเพียงลำพัง โดยมีภรรยาเป็นผู้คอยให้ความช่วยเหลือดูแล ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเมื่อครั้งที่ตนเองป่วยนอนโรงพยาบาล เพื่อนฝูงญาติพี่น้องสงสัยว่าตนเองเป็นโรคเอดส์ แต่ตนเองไม่ได้บอกให้บุคคลอื่นทราบ เนื่องจากกลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ ปัจจุบันสุขภาพของตนเองแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม เพื่อนฝูงญาติพี่น้องคงไปมาหาสู่กับผู้ให้ข้อมูลตามปกติ แต่ผู้ให้ข้อมูลพยายามลดบทบาททางสังคมลง พยายามพักผ่อนให้มากๆเพื่อร่างกายจะได้แข็งแรง

### การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อ

หลังจากทราบว่าป่วยเป็นโรคเอดส์ผู้ให้ข้อมูลปกปิดฐานะการติดเชื้อกับภรรยาและบุคคลอื่น เพราะเกรงว่าคนอื่นจะรังเกียจและโรคนี้เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ภรรยาทราบผลการติดเชื้อจากแพทย์ที่ทำการรักษา ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเมื่อภรรยาทราบก็ไม่ได้มีท่าทีรังเกียจแต่ให้ความสนใจให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลเสมอมา ผู้ให้ข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยรับประทานยาต้านไวรัสสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น สนใจติดตามข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ตลอดเวลา

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุทธิดา ยศหลวงฝัน เกิดวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2508 ที่จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2535 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (ต่อเนื่อง) จากวิทยาลัยพยาบาล พุทธชินราชพิษณุโลก ปี พ.ศ. 2542 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2544 เข้าศึกษาในหลักสูตร พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย