

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ค้นพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย ปี พ.ศ.2527 จนถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวมทั้งสิ้น 257,971 คน ต่อมาวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ.2545 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 280,130 คน (กองระบาดวิทยา, 2545) เพียงระยะเวลา 10 เดือน พบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวมทั้งสิ้นเพิ่มขึ้นถึง 32,159 คน เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดปราจีนบุรี ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งสิ้น 741 ราย ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ 334 ราย (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 3 ชลบุรี, 2545, หน้า 1-18) โดยจำนวนผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรีมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 89 ราย แผนกผู้ป่วยในจำนวน 67 ราย ต่อมาปี พ.ศ. 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 122 ราย และ 68 ราย ปี พ.ศ. 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 155 ราย และ 102 ราย ตามลำดับ (รายงานฝ่ายเวชสถิติโรงพยาบาลแหล่งข้อมูลจังหวัดปราจีนบุรี, 2545) จากข้อมูลแสดงว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถือเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญของประเทศที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ

จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลกระทบโดยรวมต่อสังคม ครอบครัว และบุคคลที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ซึ่งแต่ละปีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ปีละประมาณ 50,000 ราย ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 20-44 ปี เป็นวัยแรงงานที่สำคัญ (อนุพงศ์ ชิตวรกร, 2544, หน้า 1) ประเทศต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันสมควร และจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายดูแลการเจ็บป่วยเฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง การครองเตียงประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ใช้เวชภัณฑ์ในการรักษามูลค่า 60,000 บาทต่อคนต่อปี ปัจจุบันอยู่ในภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาลและการสาธารณสุข จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจของบุคลากรต่อความกังวลใจกลัวการติดโรคเอดส์ ทำให้บุคลากรไม่ปรารถนาจะดูแลผู้ป่วยเอดส์เหล่านี้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 202-203)

การติดเชื้อโรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวต้องถูกสังคมรังเกียจไปด้วย เนื่องจากสังคมไทยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางลบ ครอบครัวจึงต้องเก็บตัวเงียบไม่ออกไปติดต่อกับสังคม เพื่อปกปิดความลับและการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อในบ้าน

ครอบครัวต้องประสบกับความทุกข์ที่เกิดจากข้อจำกัดในด้านความรู้ ทักษะการดูแล ความขัดสน การเงิน และขาดแหล่งช่วยเหลือที่จะมาสนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีตลอดระยะเรื้อรังและการคาดเดาไม่ได้ของการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ด้วย (Phengjard, 2001, pp. 154-156)

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากมาย นับตั้งแต่รับทราบว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเผชิญกับความรู้สึกทุกคามต่าง ๆ รู้สึกโกรธจากการเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษา โกรธจากถูกแบ่งแยก โกรธจากถูกตีตราบาปจากสังคม รู้สึกกลัวการถูกเปิดเผย กลัวสูญเสียสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิดและสังคม กลัวความเจ็บป่วยที่จะพัฒนาไปเป็นระยะเอดส์เต็มขั้น ต้องพยายามปรับตัวกับความไม่แน่นอนของภาวะสุขภาพและสูญเสียการควบคุมความหวังในอนาคตที่วางไว้ (Kelly & Lawrence, 1989, pp. 83-84) เกิดความเครียดสูง มองโลกในแง่ร้าย มีวิธีปรับตัวแบบหลีกเลี่ยง (Riley, 1999) รอคอยความตายจากโรคเอดส์ซึ่งเป็นสิ่งที่เขากลัว จนเกิดความสิ้นหวังในชีวิต ซึมเศร้า และมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในที่สุด (Morrison, 1991) นอกจากผลกระทบด้านจิตสังคมแล้ว ยังส่งผลกระทบโดยตรงด้านร่างกาย เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสเผชิญกับอาการและการแสดงของโรคในชีวิตประจำวันในลักษณะต่าง ๆ กัน ซึ่งอาการของโรคเอดส์จะปรากฏได้ทุกระยะของการเจ็บป่วย อาการทุกข์ทรมานจะมีความรุนแรงมากขึ้นตามระยะเวลาของโรค (ปิยสุดา พานิช, 2542, หน้า 63) โดยผู้ป่วยจะมีประสบการณ์จากอาการมากกว่า 1 อาการ (Newshan, Bennett, & Holman, 2002, p. 79) อาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อาการแรกในระยะที่ปรากฏอาการ หรือกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ คือ อาการอ่อนล้า ความปวด และอาการถ่ายเหลว (Servellen, Sarna, & Jablonski, 1998, pp. 448 - 464) ในระยะมีอาการเอดส์เต็มขั้นพบ 4 อาการแรก คือ ความกังวลใจ อาการอ่อนล้า อาการซึมเศร้า และความปวด (Vogl, Rosenfed, Breitbart, Thaler, Passik, McDonald, & Portenoy, 1999, pp. 253 - 262) แต่ละอาการเหล่านี้ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากเมื่ออาการปรากฏขึ้น โดยเฉพาะประสบการณ์อาการที่ผู้ป่วยพบมากที่สุด และรับรู้ความไม่สุขสบายในระดับสูง คือ อาการอ่อนล้า (วารินิ คัชชาตย์, 2540, หน้า 90; ปิยสุดา พานิช, 2542, หน้า 63)

อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงอย่างเด่นชัดถึง ร้อยละ 62-98 จากการสำรวจหญิงผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 44 ราย พบว่า รายงานอาการอ่อนล้าด้วยตนเอง ร้อยละ 98 (Servellen et al., 1998, p. 455) ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 504 คน มีประสบการณ์อาการอ่อนล้าถึง ร้อยละ 85 (Fontaine, Larue, & Lassauniere, 1999, p. 266) ประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ 1,128 คน มีประสบการณ์อาการอ่อนล้าร้อยละ 65 (Fantoni, Rieci, & Borgo, 1997 cited in Tsai, Hsiung, & Holzemer, 2002, p. 302) และจากการเปรียบเทียบการรายงานอาการและการแสดงของพยาบาลกับผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 207 คน รายงานอาการอ่อนล้าด้วยตนเองถึง

ร้อยละ 62 (Reilly, Holzemer, Henry, Slaughter, & Portillo, 1997, p. 321) จากสถิติข้างต้นพบว่า อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์อาการที่มีความชุกสูงที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่กลับถูกมองข้ามประสบการณ์การเกิดอาการและยังไม่ได้ได้รับการบรรเทารักษาที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการรับรู้อาการอ่อนล้าโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ให้การดูแลทางสุขภาพยังไม่สามารถตัดสินใจได้แน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดที่ซับซ้อนของอาการอ่อนล้า และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการกับอาการอ่อนล้าร่วมกันกับผู้ที่มีอาการอ่อนล้า จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องจำทนต่อความทุกข์ทรมานหรือได้รับการดูแลเท่าที่จะหาได้ด้วยตนเองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดอาการอ่อนล้า ผลกระทบของอาการทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต และรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Darko, McCutchan, Kripke, Gillin, & Golshan, 1992, p. 515) รบกวนการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รบกวนความสามารถในการทำงาน รบกวนความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะอาการอ่อนล้าทำให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกาย และต้องใช้เวลาในการพักผ่อนมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอ่อนล้า ส่วนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมด้วยมีผลทำให้ระดับฮิโมโกลบินลดต่ำลงทำให้อาการอ่อนล้ารุนแรงมากขึ้น (Breitbart, McDonald, Rosenfeld, Monkman & Passik, 1998, pp. 159-167) แพทย์ต้องพิจารณาหุตุยารักษา จึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเอดส์ก้าวหน้าขึ้นด้วย (Corless et al., 2002) อาการอ่อนล้ายังรบกวนแบบแผนการนอนหลับ จากการศึกษาวงศ์ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่ามีอัตราเฉลี่ยการนอนหลับติดต่อกันเวลากลางคืนประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวัน แต่กลับพบว่าในจำนวนถึงร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างที่ผลของอาการอ่อนล้าทำให้นอนหลับยาก ดื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน การทำงานเวลากลางวันของวันรุ่งขึ้นแย่งลง (Lee, Portillo, & Miramontes, 2001, pp. 19-27) และพบว่า ระดับของอาการอ่อนล้ามักเกิดขึ้นสูงในช่วงเช้าและช่วงเย็นของแต่ละวัน จึงทำให้หญิงผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถดูแลครอบครัวและบุตรได้ตามปกติ (Lee et al., 1999, p. 197) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้าระดับสูงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูงด้วย (Wallker, McGown, Jantos, & Anson, 1997, p. 37) และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Breitbart, McDonald, Rosenfeld, Monkman, & Passik, 1998, pp. 159 -167)

ผลกระทบที่ได้รับจากอาการอ่อนล้าสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ด้วยการประเมินอาการล่วงหน้า แต่เป็นการยากเพราะอาการเป็นปรากฏการณ์ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การแยกแยะอาการทำได้เพียงผ่านการบอกเล่าของบุคคลที่จะประเมินตนเอง (Rhodes & Watson, 1987 cited in Reilly et al., 1997, p. 318) จากการเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และพยาบาล พบว่า การประเมินอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย จำนวน 207 ราย มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถึง 16 อาการ มีอาการอ่อนล้า ร้อยละ 62 ขณะที่พยาบาลจำนวน 103 คน ประเมินอาการได้ 9 อาการ และรายงานอาการอ่อนล้าเพียง ร้อยละ 53 แสดงให้เห็นว่า วิธีการประเมินภายใต้แบบ

ร้อยละ 62 (Reilly, Holzemer, Henry, Slaughter, & Portillo, 1997, p. 321) จากสถิติข้างต้นพบว่า อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์อาการที่มีความทุกข์สูงที่สุดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่กลับถูกมองข้ามประสบการณ์การเกิดอาการและยังไม่ได้ได้รับการบรรเทารักษาที่เหมาะสม อันเนื่องมาจากการรับรู้อาการอ่อนล้าโดยทั่วๆ ไปของผู้ให้การดูแลทางสุขภาพยังไม่สามารถตัดสินใจแน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดที่ซับซ้อนของอาการอ่อนล้า และไม่ได้ให้ความสำคัญกับการประเมินและจัดการกับอาการอ่อนล้าร่วมกันกับผู้ที่มีอาการอ่อนล้า จึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องจำทนต่อความทุกข์ทรมานหรือได้รับการดูแลเท่าที่จะหาได้ด้วยตนเองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดอาการอ่อนล้า ผลกระทบของอาการทำให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างรุนแรงต่อการดำรงชีวิต และรบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Darko, McCutchan, Kripke, Gillin, & Golshan, 1992, p. 515) รบกวนการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รบกวนความสามารถในการทำงาน รบกวนความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะอาการอ่อนล้าทำให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกาย และต้องใช้เวลาในการพักผ่อนมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการอ่อนล้า ส่วนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ร่วมด้วยมีผลทำให้ระดับฮิโมโกลบินลดลงต่ำลงทำให้มีอาการอ่อนล้ารุนแรงมากขึ้น (Breitbart, McDonald, Rosenfeld, Monkman & Passik, 1998, pp. 159-167) แพทย์ต้องพิจารณาหยาดยารักษา จึงส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเอดส์ก้าวหน้าขึ้นด้วย (Corless et al., 2002) อาการอ่อนล้ายังรบกวนแบบแผนการนอนหลับ จากการศึกษาหญิงติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 100 ราย พบว่ามีอัตราเฉลี่ยการนอนหลับติดต่อกันเวลากลางคืนประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อวัน แต่กลับพบว่าในจำนวนถึงร้อยละ 45 ของกลุ่มตัวอย่างที่ผลของอาการอ่อนล้าทำให้นอนหลับยาก ตื่นบ่อยครั้งในเวลากลางคืน การทำงานเวลากลางวันของวันรุ่งขึ้นแย่ลง (Lee, Portillo, & Miramontes, 2001, pp. 19-27) และพบว่า ระดับของอาการอ่อนล้ามักเกิดขึ้นสูงในช่วงเช้าและช่วงเย็นของแต่ละวัน จึงทำให้หญิงผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถดูแลครอบครัวและบุตรได้ตามปกติ (Lee et al., 1999, p. 197) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนล้าระดับสูงสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระดับสูงด้วย (Wallker, McGown, Jantos, & Anson, 1997, p. 37) และส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (Breitbart, McDonald, Rosenfeld, Monkman, & Passik, 1998, pp. 159 -167)

ผลกระทบที่ได้รับจากอาการอ่อนล้าสามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ด้วยการประเมินอาการล่วงหน้า แต่เป็นการยากเพราะอาการเป็นปรากฏการณ์ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การแยกแยะอาการทำได้เพียงผ่านการบอกเล่าของบุคคลที่จะประเมินตนเอง (Rhodes & Watson, 1987 cited in Reilly et al., 1997, p. 318) จากการเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และพยาบาล พบว่า การประเมินอาการด้วยตนเองของผู้ป่วย จำนวน 207 ราย มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการถึง 16 อาการ มีอาการอ่อนล้า ร้อยละ 62 ขณะที่พยาบาลจำนวน 103 คน ประเมินอาการได้ 9 อาการ และรายงานอาการอ่อนล้าเพียง ร้อยละ 53 แสดงให้เห็นว่า วิธีการประเมินภายใต้แบบ

ประเมินตามความรุนแรงและความถี่ของอาการไม่สามารถทำนายประสบการณ์อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้ดีพอ ดังนั้นเป้าหมายของการประเมินอาการด้วยตนเอง ผู้ให้การดูแลทางสุขภาพต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงความต้องการและการรับรู้อาการและอาการแสดงของตน ถกเถียงปัญหาของอาการร่วมกัน เน้นคำถามลงไปปัญหา แล้วนำข้อมูลมาประกอบกับการตรวจรักษาทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางที่จะหาวิธีบรรเทาอาการ (Reilly et al., 1997, pp. 320-320)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ได้มีผู้สนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับอาการอ่อนล้าเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แต่การศึกษาเหล่านี้ยังไม่สามารถชี้ให้เห็นความแตกต่างกันและไม่สามารถเชื่อมโยงสู่ประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างครอบคลุม (Rose, Pugh, Lears, & Gordon, 1998, p. 296) เนื่องจากอาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์ของบุคคล และเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในที่แสดงออกไม่เหมือนกันจึงยากต่อการทำความเข้าใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประสบการณ์อาการอ่อนล้าสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังของโรค (Winningham et al., 1994, pp. 23-36) และเป็นประสบการณ์อาการที่เกิดจากหลายสาเหตุ ประกอบกับระยะเวลาของการมีชีวิตอยู่กับการติดเชื้อที่ยาวนาน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์เกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความต้องการการดูแลมากขึ้น ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงเป็นการลดระดับการรบกวนจากสาเหตุของอาการ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต ซึ่งเป้าหมายดังกล่าวจะเกิดได้นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จำเป็นต้องพึ่งบุคลากรทางสุขภาพ (Tsai et al., 2002, p. 301) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทใกล้ชิดที่จะประเมินและเข้าใจ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลหรือจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 3) พยาบาลจึงต้องเข้าใจประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และวิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีที่เข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ตามความรู้สึกนึกคิดของการให้ความหมายภายใต้บริบทของบุคคลนั้น (Streubert & Carpenter, 1995, p. 30) จึงเป็นวิธีที่นำมาซึ่งประสบการณ์อาการอ่อนล้าตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างแท้จริง

การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการอ่อนล้าในต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการวัดอาการอ่อนล้าที่มีความเกี่ยวข้องทางด้านจิตใจ ในเรื่องของอารมณ์และภาวะซึมเศร้า (Wallker, McGown, Jantos, & Anson, 1997, pp. 32-40) วัดความเกี่ยวข้องทางด้านร่างกายเกี่ยวกับการรบกวนการนอนหลับ รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Lee et al., 2001, pp. 19-27) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี (Darko et al., 1992, p. 514) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงสถิติที่ยังไม่สามารถเข้าถึงประสบการณ์อาการอ่อนล้าตามมุมมองของผู้ป่วยได้ ต่อมา มีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพทางปรากฏการณ์วิทยาถึงประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ (Rose et al., 1998, pp. 295-304) ในบริบทต่างประเทศว่า เป็นสัญลักษณ์ของโรคเอดส์ ที่บ่งชี้ถึงระยะเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นอาการที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะใช้ชีวิตอยู่กับอาการอ่อนล้าโดยการใช้จ่ายและสิ่งเสพติดร่วมด้วย แต่ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้นี้อาจมีความแตกต่างภายใต้บริบท ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่ต่างไปจากบริบทในประเทศไทยเรา

สำหรับในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาเชิงปริมาณวัดการรับรู้อาการทุกข์ทรมานและอาการไม่สุขสบายด้านร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น ซึ่งพบว่า อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์อาการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รับรู้มากที่สุด (รจนา วิริยะสมบัติ, 2540, หน้า 90; วาธินี คัทสมาศย์, 2540, หน้า 58; ปิยสุดา พานิช, 2541, หน้า 63; พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539, หน้า 159) แต่งานวิจัยเหล่านี้มีการใช้คำหรือกลุ่มคำเรียกชื่อของอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกันไป การศึกษาของ วาธินี คัทสมาศย์ (2540, หน้า 58) เกี่ยวกับอาการทุกข์ทรมานและภาวะการพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 77 ราย พบว่า อาการอ่อนเพลีย เป็นอาการที่ปรากฏตลอดระยะการดำเนินของโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกระยะอาการรับรู้ว่า มีความทุกข์ทรมานระดับกลางมากที่สุด ต่างจากการใช้คำของ ปิยสุดา พานิช (2541, หน้า 63) ศึกษาการรับรู้ความไม่สุขสบายด้านร่างกายในผู้ป่วยเอดส์ระยะที่ปรากฏอาการพบว่า อาการเหนื่อยล้า ทำให้เกิดความไม่สุขสบายด้านร่างกายในระดับสูง ส่วนการศึกษาของ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า 159) ใช้คำว่า อาการอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งเป็นอาการเจ็บป่วยอันดับ 1 ใน 5 อันดับแรกของการติดตามอาการติดต่อกันตลอดระยะเวลา 6 เดือนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะเห็นว่าการแปลและให้ความหมายของอาการอ่อนล้าที่แตกต่างกันไปตามมุมมองของผู้ให้การดูแลและรูปแบบทางการรักษา ทำให้ผลงานวิจัยมีความคลาดเคลื่อนและมีความหลากหลาย อาจส่งผลต่อการนำไปใช้ดูแลบรรเทาอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้ผลจริง หรือได้รับการช่วยเหลือที่ไม่ตรงตามสภาพและความต้องการของผู้ป่วย แต่กลับพบว่าประเทศไทยยังไม่มีผู้สนใจศึกษาข้อมูลเน้นเฉพาะอาการอ่อนล้า ถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในเชิงคุณภาพตามมุมมองของผู้ป่วย อันครอบคลุมความหมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมแบบองค์รวม

ผู้วิจัยจึงศึกษาประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งงานวิจัยเชิงปริมาณอาจจะไม่สามารถบรรยายประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้อย่างครอบคลุม วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจึงเป็นการวิจัยขั้นพื้นฐานที่มีความเหมาะสมในการบรรยายถึงให้ความหมายของอาการตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลโดยการรับฟังจากการบอกเล่าของผู้มีประสบการณ์เอง อันเป็นข้อมูลพื้นฐานแท้จริง ทำให้เกิดความเข้าใจ ครอบคลุม ลึกซึ้ง ถึงความ

เป็นองค์รวม และคาดว่าจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับการวัดประเมินอาการอ่อนล้าได้ตรงต่อการรับรู้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเป็นแนวทางการวางแผนพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าตามสาเหตุของแต่ละบุคคลอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อบรรยายประสบการณ์อาการอ่อนล้าตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. บรรยายความหมายของอาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. บรรยายปัจจัยที่ทำให้อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีมากขึ้นหรือลดลง
3. บรรยายผลกระทบของอาการอ่อนล้าที่มีผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. บรรยายกลวิธีการจัดการกับอาการอ่อนล้าและผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
5. บรรยายความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อการดูแล/ช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าจากบุคคลอื่น

คำถามของการวิจัย

คำถามหลัก

ประสบการณ์อาการอ่อนล้าตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าอย่างไร
2. ปัจจัยที่ทำให้อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มากขึ้นหรือลดลงมีอะไรบ้าง
3. อาการอ่อนล้าส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างไร
4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกลวิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าของตนเองอย่างไร และผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการอ่อนล้าเป็นอย่างไร
5. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความต้องการได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าจากบุคคลอื่นอย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพอื่น ที่เป็นผู้ดูแลมีความเข้าใจในความหมายของอาการอ่อนล้า ประสพการณ์อาการอ่อนล้าตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีประสพการณ์อาการอ่อนล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และครอบครัว ในการจัดการกับอาการอ่อนล้าได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับอาการอ่อนล้า และการจัดการกับอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสพการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความหมายของอาการ ปัจจัยที่มีผลต่ออาการมากขึ้นหรือลดลง ผลกระทบของอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ของการจัดการและความต้องการได้รับการดูแล/ช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าจากบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยจากผลการตรวจเลือดว่า มีการติดเชื้อเอชไอวีและรับรู้ว่า ตนเองติดเชื้อเอชไอวี มีประสพการณ์อาการอ่อนล้า และความยินดีที่จะให้ความร่วมมือเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิกให้คำปรึกษา และแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี ในระหว่างเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2546 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547 เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจการให้ความหมายของประสพการณ์อาการอ่อนล้า พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก รวมทั้งผลลัพธ์ของการกระทำตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นจึงกำหนดคำนิยามศัพท์เบื้องต้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เท่านั้น โดยมีคำนิยามศัพท์ดังนี้

ประสบการณ์อาการอ่อนล้า หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลตามการรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจจากภาวะปกติ ที่เกิดจากการดำเนินโรคโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือสาเหตุอื่นที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า ผลการตรวจเลือดพบเชื้อเอชไอวีและรับรู้ว่า ตนเองได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายในระยะที่ปรากฏอาการ และระยะของเอดส์เต็มขั้น