

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถึงการให้ความหมายของอาการอ่อนล้า ปัจจัยที่ทำให้อาการมากขึ้นหรือลดลง ผลกระทบของอาการ การจัดการกับอาการ และความต้องการได้รับการดูแล/ช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้าจากบุคคลอื่น ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อแสดงให้เห็นช่องว่างของการศึกษา และเป็นฐานแนวคิดสร้างความไวเชิงทฤษฎีให้ผู้วิจัยมีมุมมองของการมองปัญหาทำให้สามารถคิดเข้าใจเชื่อมโยงข้อมูลภายใต้ปรากฏการณ์ให้ปรากฏเด่นชัดไว้ดังนี้

1. แนวคิดอาการอ่อนล้า
2. อาการอ่อนล้ากับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 2.1 อุบัติการณ์การเกิดอาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 2.2 สาเหตุของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 2.3 ผลกระทบของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 - 2.4 ประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
3. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคิดอาการอ่อนล้า

อาการอ่อนล้าซึ่งเป็นปรากฏการณ์หนึ่งซึ่งเป็นที่รู้จักของบุคคลโดยทั่วไป แต่อย่างไรก็ตาม อาการอ่อนล้าก็ยังไม่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน อาการอ่อนล้า (Fatigue) มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า *Fatigare* หมายถึง การหมดแรงจากการเดินทางด้วยพาหนะ หรือจากการทำงาน (To Exhaust As with Riding or Working) เหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า (To Weary) ทำให้เหนื่อยอ่อน (To Harass) และมีรากศัพท์มาจากภาษาฝรั่งเศสว่า *Fatigue* มีความหมายว่า เหนื่อย (To Tire) ซึ่งคำศัพท์ในภาษาอังกฤษสามารถใช้เป็นทั้งคำนามและคำกริยาโดยรวมลักษณะที่เหมือนกันไว้ดังนี้ คือ อาการอ่อนล้าเกิดตามหลังการออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อยทางร่างกายหรือทางจิตใจ อาการอ่อนล้าประกอบด้วยความรู้สึกไม่สุขสบาย อึดอัด หงุดหงิด ทุกข์ทรมาน และเป็นสาเหตุลดความสามารถในการทำงาน (The Oxford Dictionary of English Etymology, 1966 cited in Ream & Richardson, 1996, p. 520)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิดอาการอ่อนล้าเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ยังไม่เป็นที่ตกลงกันแน่ชัดเกี่ยวกับคำจำกัดความของอาการอ่อนล้า อาการอ่อนล้าถูกอธิบายแตกต่างกันออกไปตามมุมมองของแต่ละบุคคลหรือสาขาวิชาชีพ ดังนี้

สาขาเครื่องจักรกล (Concept In Ergonomics)

อาการอ่อนล้าได้มีผู้สนใจทำการศึกษามาเป็นเวลานานตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 1 ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของความอ่อนล้าด้านแรงงานอุตสาหกรรม มาจนถึงสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการศึกษาความอ่อนล้าจากทักษะการปฏิบัติหน้าที่ของนักบิน โดย เพียร์สันและแบร์รี่ (Pearson & Byars, 1957 cited in Ream & Richardson, 1996, p. 520) ได้พัฒนาการวัดการรับรู้อาการอ่อนล้าที่สัมพันธ์ระหว่างการทำงานของกล้ามเนื้อกับจิตใจ ต่อมากลุ่มนักวิจัยประเทศญี่ปุ่นศึกษาเกี่ยวกับผลความล้าของผู้ที่ทำงานจากการใช้เครื่องจักรกล (The Japanese Industrial Fatigue Research Committee of The Japanese Association of Industrial Health) โดยวัดเปรียบเทียบกับระดับอาการอ่อนล้าในกลุ่มอาชีพต่าง ๆ เช่น นายธนาคาร นักเดินเรือ ผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และเลขานุการ (Ream & Richardson, 1996, p. 521) ให้ความหมายของภาวะอาการอ่อนล้าที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติภาระหน้าที่ลดน้อยลง (Yostitake, 1971 cited in Grobar-Murray et al., 1998, p. 192)

สาขาจิตวิทยา

แกร์นจิน (Granjean, 1968 cited in Burke, 1998, pp. 261-262) เป็นนักจิตวิทยากล่าวถึงมีผู้นำคำว่า อาการอ่อนล้าไปใช้ในความหมายและการนำไปใช้ที่แตกต่างกันไปตามความหลากหลายของบริบท ซึ่งทำให้เกิดความสับสนด้านความคิด แกร์นจินให้ความหมายตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลว่า อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายลดลง และนำเสนอว่าโดยทั่วไปอาการอ่อนล้าเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเท่านั้น ยังเป็นผู้ริเริ่มกระตุ้นระบบความคิดของการเกิดอาการอ่อนล้าในแต่ละบุคคล โดยหลักใช้เหตุและผลทางระบบจิตประสาทวิทยาช่วยอธิบายความหมายของอาการอ่อนล้า

สาขาสรีรวิทยา

สาขาสรีรวิทยา อธิบายตามกลไกของการเกิดอาการอ่อนล้าถึงความเปลี่ยนแปลงโดยตรงของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ในส่วนของการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เกิดอาการอ่อนล้าทางคลินิก แต่แนวคิดไม่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของด้านจิตใจ และสิ่งแวดล้อมเข้ามาอธิบายร่วมด้วย (Burke, 1998, p. 262) กลไกดังกล่าวอธิบาย ดังนี้

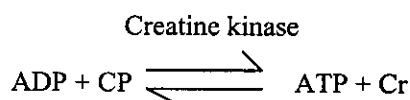
เริ่มจากการทำงานของกล้ามเนื้อที่ปกติมีหน้าที่สำคัญคือ การหดตัว (Contraction) และการคลายตัว (Relaxation) ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายหรืออวัยวะนั้น ๆ การควบคุมกลไกของกล้ามเนื้อที่ปกติมีความเกี่ยวข้องกับการกระตุ้นโดยใยประสาทที่กล้ามเนื้อลาย ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย และถูกกระตุ้นโดยมอเตอร์โมโนและสารเคมีที่กล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อหัวใจ กลไกการหดตัวของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นจากมีความต่างศักย์ไฟฟ้าจนเกิด Action Potential ในเยื่อเซลล์ของกล้ามเนื้อ ซึ่งกล้ามเนื้อลายในร่างกายจะทำงานได้ต้องได้คำสั่งจากสมองส่งกระแสประสาทมาตรงบริเวณที่เชื่อมต่อระหว่างปลายประสาทและกล้ามเนื้อ คือ นิวโรมัสคิวลา จังก์ชัน (Neuromuscular Junction) บริเวณของปลายประสาทแอกซอน (Axon) จะแตกแขนงออกและฝังตัวเข้าไปในกล้ามเนื้อ ซึ่งมีรูปร่างจำเพาะ เรียก มอเตอร์เอนแพลท (Motor End-Plate) ที่บริเวณช่องว่างระหว่างใยประสาทกับใยกล้ามเนื้อ (Synaptic Cleft) จะมีถุงเล็ก ๆ (Synaptic Vesicles) เมื่อถูกกระตุ้นจะยอมปล่อยสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine หรือ Ach) ออกมาจับกับตัวจับอะซิติลโคลีน (Ach Receptors) ทำให้ช่องประตูของอะซิติลโคลีน (Ach-Gate Ion Channel) เปิดออกโดยยอมให้แคลเซียมไอออน (Ca^{++}) ที่ถูกปล่อยมาจากซาร์โคพลาสมิก เรติคูลัม (Sarcoplasmic Reticulum) คือที่เก็บแคลเซียม ให้ผ่านไปได้ เมื่อแคลเซียมไอออนมีจำนวนเพิ่มขึ้นจนทำให้เกิด Action Potential ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางไฟฟ้าโดยแคลเซียมไอออนจะไปจับกับแอกตินีเซียมและเร่งให้สารแอกติน (Actin) และสารมัยโซซิน (Myosin) มาจับกันเกิดเป็นสารเชิงซ้อนแอกโตมัยโซซิน (Actomyosin) ขึ้น จากนั้นแอกตินีเซียมจะไปเร่งฤทธิ์ของ Actomyosin ATPase ให้ สลาย (Hydrolyse) ATP เกิดเป็นวัฏจักรของการจับและปล่อย Crossbridge ขึ้น มีผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดเรียงตัว Crossbridge ใหม่ โดยสารแอกตินเคลื่อนเข้าหาสารมัยโซซิน ทำให้ใยกล้ามเนื้อหดตัวสั้นเข้า (ทวิศักดิ์ บุรณวุฒิ และวาริ พร้อมเพชรรัตน์, 2543, หน้า 76-80) เมื่อ Ach ทำหน้าที่แล้วจะถูกทำลายโดยเอนไซม์อะซิติลโคลีนเอสเทอเรส (Acetylcholine Esterase หรือ AchE) ส่วนแคลเซียมไอออนที่ตกค้างจะถูกเก็บกลับเข้าที่เดิมโดยการขนส่งแบบ Active Transport ความเข้มข้นของแคลเซียมไอออนจึงลดลง สารแอกตินถูกแยกจากสารมัยโซซินมีผลทำให้ใยกล้ามเนื้อถูกยืดออกหรือคลายตัวด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2540, หน้า 71-76)

แหล่งพลังงานสำหรับการทำงานของกล้ามเนื้อ การหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อต้องใช้พลังงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพลังงานทางเคมีเป็นพลังงานกล แหล่งสะสมพลังงานในกล้ามเนื้อที่สามารถนำมาใช้ได้ทันทีคือ เอทีพี (ATP) และ ครีเอทีนฟอสเฟต (Creatine Phosphorylation หรือ CP) โดยสภาวะที่ Oxidative Phosphorylation Pathway ปกติ กล้ามเนื้อจะใช้พลังงานจาก ATP จากขบวนการสลายอาหารทั้งคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และ โปรตีน ซึ่งเป็นขบวนการที่ใช้ออกซิเจน (Aerobic Glycolysis) โดยการรวมตัวกันของอะดีโนซีนไดฟอสเฟต (Adenosine Diphosphate หรือ ADP) กับอินออร์แกนิก ฟอสเฟต (Inorganic Phosphate) (ทวิศักดิ์ บุรณวุฒิ และวาริ

พร้อมเพชรรัตน์, 2543, หน้า 83) ซึ่งพลังงานที่ได้จากแหล่งนี้สามารถทำให้กล้ามเนื้อทำงานได้ระยะยาวเป็นชั่วโมง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2540, หน้า 78)



แต่ถ้า Oxidative Phosphorylation Pathway ขัดข้อง กล้ามเนื้อจะดึงพลังงานออกมาจาก CP เนื่องจากในกล้ามเนื้อมีเอนไซม์ครีเอทีนไคเนส (Enzyme Creatine Kinase) ซึ่งเร่งปฏิกิริยา Rephosphorylation ของ ADP ซึ่ง CP ทำตัวเป็นที่สะสมหมู่ฟอสเฟตที่มีพลังงานสูงไว้สำรองใช้ ขณะที่ปริมาณออกซิเจนที่ได้รับไม่เพียงพอความต้องการของกล้ามเนื้อ (ทวีศักดิ์ บุรณวุฒิ และ วารี พร้อมเพชรรัตน์, 2543, หน้า 83)



นอกจากนี้ร่างกายยังสามารถใช้ระบบกลัยโคไลซิส (Glycolysis) สำหรับให้พลังงานในภาวะขาดออกซิเจน โดยกลัยโคเจน (Glycogen) เป็นพลังงานที่เก็บสะสมไว้ในกล้ามเนื้อ ซึ่งจะสลายให้เป็นกรดไพรูเวท (Pyruvate Acid) และ กรดแลคติก (Lactic Acid) ทำให้ปล่อยพลังงานออกมา ขบวนการนี้เป็นการสร้างพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic Glycolysis) และสร้าง ATP ได้เร็วกว่าการสร้างแบบใช้ออกซิเจนถึง 2 เท่าครึ่ง แต่พลังงานทำให้กล้ามเนื้อหดตัวเพียง 1 นาทีเท่านั้น เนื่องจากผลผลิตที่เกิดจากการสลายกลัยโคเจนจะเป็นตัวจำกัดการทำงานของกล้ามเนื้อ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2540, หน้า 78)

ดังนั้นการเกิดอาการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ (Muscle Fatigue) จึงเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหดตัวอย่างรุนแรง และติดต่อกันเป็นเวลานาน การลดการตึงตัว (Tension) ภายหลังจากการกระตุ้นกล้ามเนื้อนาน ๆ จนทำให้การหดตัวและคลายตัวจะค่อย ๆ อ่อนลงและหมดไปในที่สุด มีหลายสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า คือ มีการสะสมของเสียจากเมตาบอไลซึมภายในเซลล์ เช่น กรดไพรูเวท (Pyruvate Acid) และ กรดแลคติก (Lactic Acid) กรดฟอสฟริก (Phosphoric Acid) และ คาร์บอนไดออกไซด์ (Carbon Dioxide) ประกอบกับการขาดออกซิเจน และสารอาหารที่มาหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า การหดตัวเบาลงและหดตัวไม่ได้ในที่สุด ถ้ากล้ามเนื้อได้พักและมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอ ซึ่งทำให้ได้รับสารอาหารและออกซิเจนอย่างเพียงพอ และสามารถขจัดของเสียออกไปจากกล้ามเนื้อ อาการอ่อนล้าจะหายไป และกล้ามเนื้อก็พร้อมที่จะหดตัว

ได้ใหม่ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากความผิดปกติที่ มอเตอร์เอนแพลท (Motor End-Plate) จากการถูกกระตุ้นเส้นประสาทพหุด้วยกระแสไฟฟ้าสูงนานติดต่อกันหลายนาที ทำให้ปริมาณ Synaptic Vesicles มีสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) น้อยลง จนไม่สามารถเกิด Action Potential ในเซลล์ได้ เรียกว่า การอ่อนล้าของนิวโรแมสจุลา จังก์ชัน (Neuromuscular Junction หรือ Synaptic Fatigue) (สุพรพิมพ์ เจียสกุล, สุพัตรา โล่ห์สิริวัฒน์ และวัฒนา วัฒนาภา, 2540, หน้า 123)

สาขการพยาบาล (Concept In Perspective Nursing)

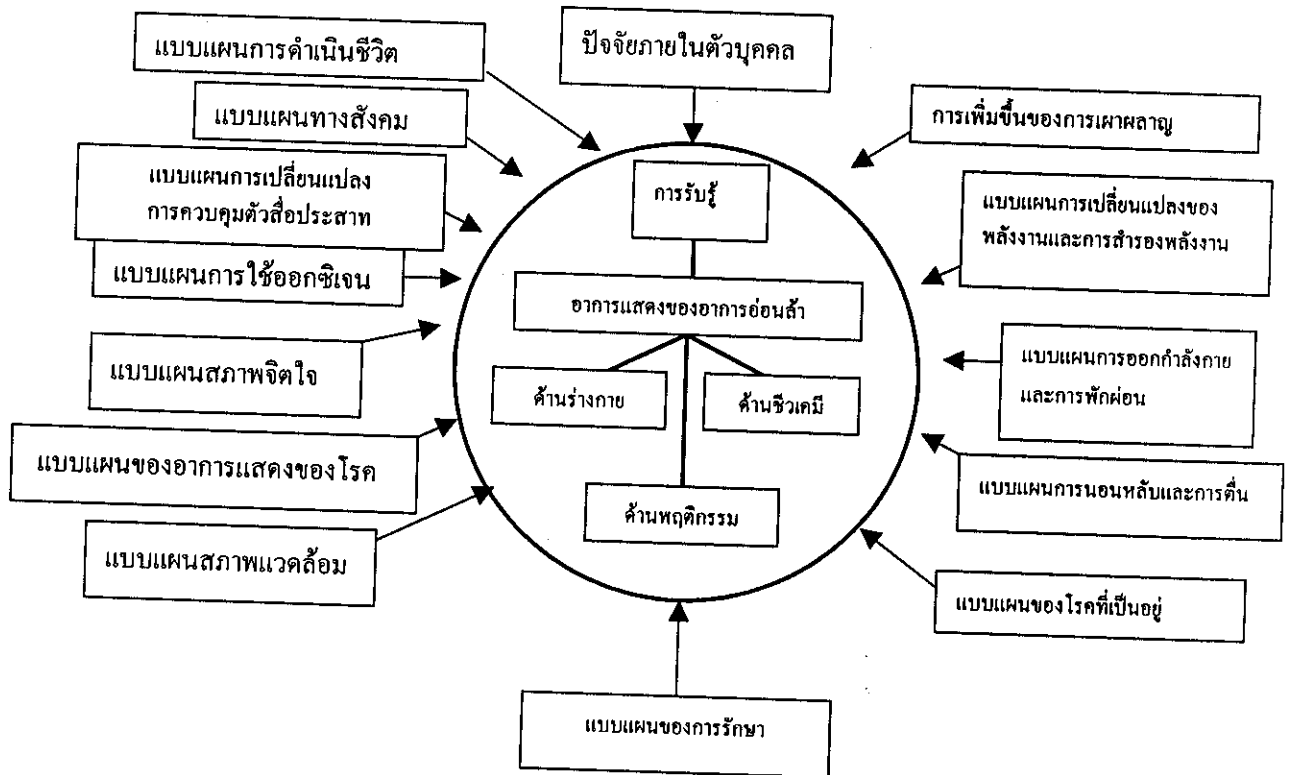
จากแนวคิดมุมมองทางการพยาบาล มีการพัฒนาการศึกษาเพื่อวินิจฉัยอาการอ่อนล้าในผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1972 และเพิ่มจำนวนมากขึ้นในปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา (Piper, 1989, p. 188) สำหรับพยาบาลมองว่าอาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์แบบองค์รวมมากกว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกายหรือด้านจิตใจ โดยให้คุณค่าและการสะท้อนว่า อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์การเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลถึงความรู้สึกไม่สุขสบายของร่างกายโดยรวมทั้งหมดจากความเหน็ดเหนื่อยมากจนกระทั่งสิ้นเรี่ยวแรง ซึ่งเป็นสิ่งรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่อย่างปกติของแต่ละบุคคล (Ream & Richardson, 1996, p. 527)

ฮาร์ท, ฟรีว, และ มิลด์ (Hart, Freel, & Milde, 1990, pp. 967-968) ให้คำจำกัดความของอาการอ่อนล้าเกิดขึ้นจากความซับซ้อนของการทำงานระหว่างร่างกายและจิตใจที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เป็นความรู้สึกส่วนบุคคลจากการประเมินของตนเองถึงความรู้สึกไม่สุขสบาย ทักษะการทำงานด้านร่างกายและจิตใจลดลง เป็นการอธิบายถึงมิติของการรับรู้ความรู้สึกที่ตอบสนองจากความเครียดของแต่ละบุคคล ต่อแบบแผนการปรับตัว ความสามารถการปฏิบัติภาระหน้าที่ สภาพความเหมาะสมของร่างกายและจิตใจ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความสุขสบาย เช่น เสียง แสง อุณหภูมิ

ไปเปอร์ (Piper, 1989, p. 19) ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าตามความรู้สึกของแต่ละบุคคลถึงความเหน็ดเหนื่อยที่ได้รับอิทธิพลจากการทำงานของหัวใจ และสามารถเกิดการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกไม่พอใจ ระยะเวลาและความรุนแรงของการเกิดอาการ โดยอธิบายตามความแตกต่างกันของระยะเวลาการเกิดอาการอ่อนล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute Fatigue) สามารถรับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้ตามปกติทั่ว ๆ ไป หรือคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะเกิดจากการปฏิบัติกิจกรรม หรือเกิดกับอวัยวะเฉพาะส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย หรือทั้งระบบของร่างกายแสดงออกถึงความรู้สึกว่า ยังสุขสบาย หรือไม่สุขสบายก็ได้ มักเกิดในระยะเวลารวดเร็วและต้นอาการอาจคงอยู่เป็นวัน หรือนานเป็นสัปดาห์ ส่วนชนิดเรื้อรัง (Chronic Fatigue) สามารถรับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นผิดปกติ รับรู้อาการได้มากเกินกว่าประสบการณ์ในอดีตที่เคยเกิดขึ้น เกิดขึ้นได้ทั่วไปในร่างกายไม่เฉพาะอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง เป็นความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยอาการจะค่อย ๆ เกิดและสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 เดือน ไม่สามารถ

หายกลับสู่สภาพปกติในระยะเวลาที่รวดเร็ว และต้องใช้การแก้ไขหลายวิธีร่วมกัน (Piper, 1989, pp. 189-190)

นอกจากนี้รูปแบบกลไกอาการอ่อนล้าของไปเปอร์ และคณะ (Piper et al., 1987) ได้นำเสนอถึงรายละเอียดและความซับซ้อนของกรอบแนวคิดสำหรับอธิบายอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเชื่อว่า มีหลายปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนการเกิดอาการอ่อนล้า (Winningham et al, 1994, p. 24) ประกอบด้วย 14 แบบแผน คือ แบบแผนของการเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญ (Accumulation of Metabolites) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและการสำรองพลังงาน (Changes in Energy and Energy Substrate Patterns) แบบแผนการออกกำลังกายและการพักผ่อน (Activity/Rest Patterns) แบบแผนการนอนหลับและการตื่น (Sleep/Wake Patterns) แบบแผนของโรคที่เป็นอยู่ (Disease Patterns) แบบแผนของการรักษา (Treatment Patterns) แบบแผนของอาการแสดงของโรค (Symptom Patterns) แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological Patterns) แบบแผนการใช้ ออกซิเจน (Oxygenation Patterns) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงการควบคุมตัวสื่อประสาท (Changes in Regulation / Transmission Patterns) แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environmental Patterns) แบบแผนทางสังคม (Social Patterns) แบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Event Patterns) ปัจจัยภายในตัวบุคคลเอง (Innate Host Factors) ดังแสดงในภาพที่ 1 โดยส่วนใหญ่จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อาการอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งเท่านั้น มีกลุ่มนักวิจัยนำมาเป็นแนวทางการประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างกว้างขวาง เนื่องจากกรอบแนวคิดนี้มีความครอบคลุมของการเข้าถึงอาการอ่อนล้าที่สัมพันธ์กับมะเร็ง การผสมผสานองค์ความรู้จากหลายสาขาวิชาชีพ และศึกษามาจากข้อมูลพื้นฐานจากปรากฏการณ์ทางคลินิก อีกทั้งสามารถใช้ประเมินอาการอ่อนล้าในหลายบุคคลได้ (Burke, 1998, p. 264)



ภาพที่ 1 แสดงแนวคิด กลไกการเกิดอาการอ่อนล้าของไปเปอร์ และคณะ (Piper et al., 1987)

วินนิงแฮม และคณะ (Winningham et al., 1994, pp. 24-25) ได้สร้างแนวคิดของพลังงานมาอธิบายอาการอ่อนล้า (Winningham's Psychobiologic-Entropy Hypothesis หรือ PEH) โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีและเคมีบำบัด ได้ให้ความหมายของอาการอ่อนล้าถึงการขาดแคลนขนาดกำลังงาน อาการอ่อนล้ามีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อน การรับรู้อาการ และสภาวะของการทำงาน การศึกษาให้ความสำคัญกับความต้องการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการฟื้นฟูการพักผ่อน การปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย ต่อมามีการพัฒนาแนวคิดนี้โดย คิมพริช (Cimprich, 1990 cited in Winningham et al., 1994, p. 25) เพื่อศึกษาติดตามอาการอ่อนล้าในหญิงที่ได้รับการผ่าตัดรักษาจากการเป็นมะเร็งเต้านม และใช้เป็นทฤษฎีพื้นฐานการติดตามอาการอ่อนล้าที่เป็นปัญหาเรื้อรังและที่รบกวนชีวิตช่วงเจ็บป่วย

การให้ความหมายของอาการอ่อนล้าดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการอธิบายผ่านการให้ความหมาย ในทัศนะของนักวิชาการที่ไม่มีประสบการณ์อาการอ่อนล้า แสดงให้เห็นเพียงการประเมินตามสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้าในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยา ชีวเคมี ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการ แต่อาการอ่อนล้าเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่บุคคลรับรู้ ให้ความหมาย และจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

ตามการรับรู้ของตนเอง ดังนั้นอาการอ่อนล้าจึงต้องมีการศึกษาตามมุมมองของผู้ที่มีประสบการณ์อาการ โดยตรง เพื่ออธิบายประสบการณ์อาการ ได้ครอบคลุมถึงถึงถึงความเป็นองค์รวมด้วย

อาการอ่อนล้ากับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อุบัติการณ์การเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นปรากฏการณ์ที่พบได้มาก จากการประเมินการรับรู้อาการและอาการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการรายงานอาการด้วยตนเองอย่างน้อย 1 อาการ (Newshan et al., 2002, p. 79; Fontaine et al., 1999, p. 265) และรวมจำนวนอาการและอาการแสดงทั้งหมดที่รายงานด้วยตนเอง เฉลี่ย 5.3 ถึง 16.7 อาการ (Servellen et al., 1998, p. 455; Reilly et al., 1997, p. 320) ในจำนวนดังกล่าว พบว่า อาการอ่อนล้าอยู่ในการรายงานอาการอันดับต้น ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาการอ่อนล้าเป็นอาการที่ปรากฏเด่นชัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถึงร้อยละ 62-98 จากการศึกษาประสบการณ์อาการของหญิงติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 84.1 มีประสบการณ์อาการอย่างน้อย 3 อาการ และอาการอ่อนล้าบ่อยที่สุดใน 3 อันดับแรก คือ ร้อยละ 97.60 รองลงมา ความปวด ร้อยละ 66.7 และอุจจาระร่วง ร้อยละ 40.5 โดยให้ความหมายอาการอ่อนล้าว่าเป็นความรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่สามารถที่ควบคุมร่างกายให้ลุกขึ้นได้ และเป็นอาการที่ทำให้รู้สึกแย่มากที่สุด (Servellen et al., 1998, p. 455) การศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 118 คน มีประสบการณ์อาการอ่อนล้ามากที่สุด ถึงร้อยละ 77 และคลินิกบริการชั่วคราว จำนวน 172 คน พบอาการอ่อนล้า ร้อยละ 72 (Fontaine et al., 1999, p. 266) จากการศึกษาผู้ป่วยเอดส์ถึง ความชุก ลักษณะและความทุกข์ทรมานของอาการ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 504 คน พบว่า ความชุกของประสบการณ์อาการอ่อนล้า ถึง ร้อยละ 85 สูงเป็นอันดับสองรองจาก ความวิตกกังวล (Vogl et al., 1999, p. 253) การศึกษาความชุกของอาการและอาการแสดงจากการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการคลินิกชั่วคราวจำนวน 1,128 คน พบความถี่การเกิดอาการอ่อนล้ามากที่สุด ร้อยละ 65 (Fantoni, Rieci, & Borgo, 1997 cited in Tsai et al., 2002, p. 302) จากการเปรียบเทียบการรายงานอาการและอาการแสดงของพยาบาลกับผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 207 คน รายงานอาการอ่อนล้าด้วยตนเองถึง ร้อยละ 62 เป็นอันดับสองรองจาก อาการหายใจลำบาก (Reilly et al., 1997, p. 321)

สำหรับความรุนแรงของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง จากการศึกษาของวอคเกอร์, แมคโกล, แจนโดส และแอนสัน (Walker et al., 1997, p. 36) ประเมินระดับความรุนแรงของชายติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 61 คน พบว่าร้อยละ 59 ไม่มีอาการ

จนถึงมีระดับน้อย ร้อยละ 41 มีระดับปานกลางถึงระดับสูง จากการศึกษาของเบร็บบาร์, แมคโคโนล, โรเซนฟีว, มักแมนล และพาซซิค (Breitbart et al., 1998, p. 163) อาการอ่อนล้าพบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบในผู้ที่ไข้ยาเสพติดชนิดฉีดและกลุ่มรักต่างเพศมากกว่า ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จะพบอาการอ่อนล้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยา ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการอ่อนล้าส่วนใหญ่จะมีระดับฮีโมโกลบินในเลือดต่ำ และยังมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนอาการของโรคเอดส์ที่มากขึ้น มีระดับความทุกข์ทรมานทางร่างกายสูง มีผลทำให้ความสามารถในการทำงานลดต่ำลง เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูง และคุณภาพชีวิตลดลง

จะเห็นได้ว่า มีอุบัติการณ์การเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สูงมาก และมีความเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่ยังไม่ทราบแน่ชัด สอดคล้องกันกับอุบัติการณ์ในประเทศไทย พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า 159) ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ติดตามอาการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 60 คน ตั้งแต่ระยะเวลา 3 เดือน 4 เดือน 5 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ พบว่าอาการเจ็บป่วยที่พบอันดับแรกของการติดตามทุกระยะเวลา คือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง การศึกษาของ รจนา วิริยะสมบัติ (2540, หน้า 56-57) เกี่ยวกับความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่ปรากฏอาการ จำนวน 140 คน จากการซักถามอาการแสดงของโรคในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา และขณะเจ็บป่วย พบอาการแสดงที่พบมากที่สุดทุกวัน และเกือบทุกวัน คือ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 47.1 รองลงมา คือ ปวดศีรษะและอาการไข้ พบอัตราการเกิดไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 32.8 ส่วนการศึกษาของ อุทยา นาคเจริญ (2544, หน้า 83) ศึกษาการเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำการประเมินภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ติดเชื้อที่มีอาการ จำนวน 87 คน พบอาการแสดง 19 อาการ บางรายมีอาการแสดงมากกว่า 1 อาการ ส่วนอาการแสดงที่พบใน 4 อันดับแรก คือ ผื่นคันตามผิวหนัง ร้อยละ 24.13 ไข้หวัดเรื้อรัง ร้อยละ 21.84 ปวดศีรษะ ร้อยละ 15 และอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ร้อยละ 10.34 การศึกษาของ นมิตา ล. สกุล (2544, หน้า 49) ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ มีการประเมินจำนวนอาการที่ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 45 คน ต้องการการดูแลมากกว่า 3 อาการ ร้อยละ 37.78 และอาการที่พบว่าต้องการดูแลสูงที่สุด 5 อันดับแรก คือ ไข้ พบร้อยละ 64.44 อ่อนเพลียร้อยละ 53.33 ปวดศีรษะ ร้อยละ 37.78 ไอ ร้อยละ 26.67 และปวดตามร่างกาย ร้อยละ 24.44

นอกจากนี้อาการอ่อนล้าที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์การวัดเชิงปริมาณยังพบว่า อาการอ่อนล้าเป็นอาการทุกข์ทรมานของโรคเอดส์ จากการศึกษาของ วาธินี คำมาตย์ (2540, หน้า 58) ศึกษาเกี่ยวกับอาการทุกข์ทรมานและภาวะการพึ่งพาทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการตรวจรักษาแผนกอายุรศาสตร์ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 77 คน

พบว่า อาการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทุกกระยะการดำเนินโรครับรู้ว่า มีความทุกข์ทรมานระดับปานกลาง ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยสุตา พานิช (2542, หน้า 63) ศึกษาการรับรู้ความไม่สุขสบายด้านร่างกาย การได้รับการดูแลกับความหวังในผู้ป่วยโรคเอดส์ใน ระยะที่ปรากฏอาการ ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบำราศนราดูร จำนวน 60 ราย พบว่า อาการอ่อนเพลีย เป็นอาการที่ผู้ป่วยโรคเอดส์รับรู้ความไม่สุขสบายด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับกลาง และอยู่ในระดับสูงเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พิภูล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า 159) รับรู้ว่า มีความทุกข์ทรมานระดับสูง และอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ยังเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทางร่างกายที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ต้องหยุด การกระทำบางอย่างที่เป็นการดูแลตนเองไป และทำให้ไม่มีความต่อเนื่อง ต้องพึ่งพาขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง

จากพฤติการณ์การเกิดอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย นับได้ว่าพบในระดับสูงเช่นกัน อาการอ่อนล้าจึงเป็นประสบการณ์อาการที่ควรได้รับการศึกษาถึง การรับรู้ลักษณะของการเกิดอาการ การให้ความหมายของอาการ และผลกระทบของอาการอ่อนล้าในมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีความครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับประสบการณ์อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยต่อไป

สาเหตุของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ถึงแม้ว่าอาการอ่อนล้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่เป็นการยากที่จะแยกสาเหตุของอาการอ่อนล้าได้อย่างชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีผู้ศึกษาวิจัยหลายท่านพยายามแยกสาเหตุของอาการอ่อนล้าแต่ไม่ชัดเจน เนื่องจากอาการอ่อนล้ามีหลายปัจจัยและหลายมิติที่เข้ามาเกี่ยวข้องในเรื่องของชีววิทยา จิตวิทยา สังคม และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเริ่มต้นของอาการ ผลกระทบของอาการ ระยะเวลาการเกิดอาการ และความรุนแรงของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการอ่อนล้า (Pritsanapanurungsie, 2000, p. 17) จึงยากต่อการทำความเข้าใจ จากการศึกษาที่ผ่านมาสาเหตุของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สรุปได้ดังนี้

1. การติดเชื้อ (Active Infection) เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี หรือเชื้ออื่น ๆ ร่างกายต้องใช้พลังงานเพื่อต่อต้านการแพร่ผลร้ายของเชื้อโรคทั่วร่างกาย โดยการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้จากไขมันและกล้ามเนื้อมาใช้เป็นเชื้อเพลิงในการเผาผลาญ และถ้าพลังงานในส่วนที่ถูกใช้ไปไม่สามารถเติมเต็มได้เหมือนเดิม ผลที่ตามมาจึงทำให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้า นอกจากนี้การระดับของการหลั่งสารไซโตไคเนส (Cytokines) โดยระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดจากการอักเสบยังเป็นตัวชักนำให้เกิดอาการอ่อนล้า อาการใช้เป็นอาการแสดงของร่างกายที่ต่อต้านการติดเชื้อก็มีความ

เกี่ยวข้องกับภาวะหมดกำลังลง ดังนั้นอาการอ่อนล้าอาจเป็นอาการแสดงอาการแรกของการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อนิวโมซิสติส คารินิไอ นิวโมเนีย (Pneumocystis Carinii Pneumonia: PCP) ทำให้เกิดความบกพร่องของความสามารถการนำออกซิเจน การติดเชื้อระยะยาวนานทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในกลุ่มโรคเรื้อรัง การติดเชื้อไมโครแบคทีเรียม เอเวียม คอมเพลกซ์ (Mycobacterium Avium Complex: MAC) และเชื้อไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus: CMV) สามารถทำลายไขกระดูกทำให้เกิดภาวะโลหิตจางตามมา (Highleyman, 2001) การติดเชื้อเอชไอวีเองอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการอ่อนล้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนไวรัสในกระแสเลือดที่มีระดับสูง เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์อาการอ่อนล้าลดลงเมื่อเริ่มได้รับยาต้านเชื้อไวรัสในการรักษา (Capaldini, 1998 a) และการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงตลอดเวลา จำนวนซีดีโฟร์ (CD₄) จึงมีความเกี่ยวข้องกับอาการอ่อนล้า แต่พบว่าผลการศึกษาค้นคว้าได้ข้อสรุปไม่ตรงกัน คือ เมื่ออาการอ่อนล้าเพิ่มขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนซีดีโฟร์ที่ลดต่ำลงในผู้ชายรักร่วมเพศ (Walker et al., 1997, pp. 32-40) แตกต่างจากการศึกษาในหญิงติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่า อาการอ่อนล้าไม่มีความเกี่ยวข้องกับจำนวนซีดีโฟร์ (Lee et al., 2001, pp. 19-27)

2. ภาวะโลหิตจาง (Anemia) จากมีระดับฮีโมโกลบินต่ำ (Hemoglobin, Hgb) เซลล์เม็ดเลือดแดงถูกทำลายทำให้ลดการนำออกซิเจน เป็นผลของการลดจำนวนลงของเม็ดเลือดแดง สาเหตุหนึ่งที่ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงอาจเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ไปรบกวนการสร้างเม็ดเลือดแดงของไขกระดูก การสูญเสียเลือดทั้งภายในและภายนอกของร่างกาย มะเร็งบางชนิดที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และผลของการรักษาด้วยรังสีและเคมีบำบัด และความไม่สมดุลของฮอร์โมน (Reinert-Lucas, 2001) ร่างกายขาดสารอาหารสำหรับสร้างเม็ดเลือดแดง โดยเฉพาะธาตุเหล็ก (Iron) เป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบิน รวมทั้งการขาดวิตามิน บี 12 (Cobalamin) และโฟลิกแอซิก (Folate) เป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือดแดง ถ้าส่วนของลำไส้เล็กไม่สามารถดูดซึมวิตามิน บี 12 และได้รับโฟลิก แอซิก ไม่เพียงพอจากการรับประทานอาหารหรือดูดซึมไม่ดี จะทำให้เม็ดเลือดแดงเจริญเติบโตไม่เต็มที่ มีขนาดใหญ่ รูปร่างผิดปกติ และมีช่วงอายุชีวิตสั้นลง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักมีปัญหาของการได้รับอาหารและ/หรือความผิดปกติของการดูดซึมสารอาหาร (Highleyman, 2001) จากการศึกษาภาวะโลหิตจางในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์พบว่า ร้อยละ 17 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 66 ถึงร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเอดส์ พบว่ามีภาวะโลหิตจาง การลดลงของจำนวนของเม็ดเลือดแดงมีผลทำให้การขนส่งออกซิเจนภายในร่างกายลดลงด้วย ซึ่งออกซิเจนเป็นแหล่งอาหารที่จำเป็นในการสร้างพลังงานระดับเซลล์ของร่างกาย เมื่อร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงการตอบสนองของร่างกายจากเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนจึงทำให้รู้สึกเหนื่อย (Rice, 2001) ต้องพยายามออกกำลังกายมากเกินความจำเป็น มีความท้อแท้ลดลง และอาจทำให้หายใจถี่หรือสั้นลง ส่วนอาการอื่น ๆ ของภาวะโลหิตจางที่อาจ

เกิดขึ้น คือ ภาวะจิตใจเฉื่อยชา อ่อนเพลีย เป็นแผลในปาก ปวดศีรษะ และวิงเวียนได้ (Highleyman, 2001)

ดังนั้นการติดตามผลของฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hgb) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเม็ดเลือดแดงที่เป็นตัวนำออกซิเจนไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 11 และวัดความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในกระแสเลือด (Hematocrit, Het) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 33 ซึ่งค่าปกติในเพศชาย ควรมีระดับของ Hgb 14-18 G/dL, Het 42-52 % และในเพศหญิงระดับของ Hgb 12-16 G/dL, Het 37-48% (Rice, 2001; Wolfe, 2002)

3. อาการข้างเคียงของยา (Medication Side Effects) ยาที่ใช้รักษาโรคเอดส์ที่ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า เช่น ยา ซิโดวูดีน (Zidovudine: AZT) และพบว่าร้อยละ 30 ถึง 40 ของยา AZT มีอุบัติการณ์ต่อการเกิดภาวะโลหิตจาง โดยมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนยาที่ใช้รักษา ระยะของการติดเชื้อเอชไอวี และความรุนแรงของภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะถ้าใช้จำนวนของยาสูง และอยู่ในระยะอาการของเอดส์เต็มขั้น จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางที่ความเกี่ยวข้องกับยา AZT (Sulkin, 2001) ส่วนผลของการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีรักษาและการใช้ยาป้องกันโรคฉวยโอกาสบางชนิดทำให้เกิดไขกระดูกในการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น Zidovudine Sulfa-Containing Drugs (Wolfe, 2002) ยา แบคทีม (Bactrium) หรือ ยา คาฟซอน (Dapsone) ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสจากเชื้อ PCP และเชื้อโทโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ยาแกเน็ลโลวีร (Ganciclovir) ที่ใช้รักษาเชื้อ CMV ซึ่งยาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นไขกระดูกต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง รวมทั้งภาวะขาดวิตามิน และภาวะขาดฮอร์โมนอีริทโรพอยทีน (Erythropoietin) จากการผลิตที่ไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเช่นกัน (Rice, 2001) นอกจากนี้ยังมียาต้านไวรัสอีกหลายชนิดที่เป็นสาเหตุของอาการอ่อนล้า รบกวนการดูดซึมสารอาหาร และรบกวนการนอนหลับ ส่วนยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System) เช่น ยาลดความวิตกกังวล (Antianxiety) ยาลดภาวะซึมเศร้า (Antidepressant) และยาด้านฤทธิ์เบต้า (Beta-Blocker) รวมทั้งยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับมะเร็ง เหล่านี้เป็นสาเหตุของอาการอ่อนล้า (Highleyman, 2001)

4. ความไม่สมดุลของฮอร์โมน (Hormonal Imbalances) อาจเป็นสาเหตุของอาการอ่อนล้าที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบภูมิคุ้มกันไคโตไคเนส (Immunologic Cytokines) บางตัว หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดเนื้อตายในเนื้องอก (Tumor Necrosis Factor) แล้วทำให้เกิดผลกระทบต่อการบวนการทำงานของต่อมไร้ท่อ หรือเนื้อเยื่อของต่อมไร้ท่อ ถูกทำลายจากเชื้อไวรัส มะเร็งที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การหลังของฮอร์โมนมีผลต่อความสามารถของการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน เพราะการหลังของฮอร์โมนพบได้ในระบบไหลเวียนทั่วทุกอวัยวะของร่างกาย ซึ่งมีการทำงานคล้ายกันกับระบบภูมิคุ้มกัน ดังนั้น ระดับสารจากต่อมไร้ท่อจึงอาจเป็นตัวสำคัญที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการเกิดอาการอ่อนล้า

เนื่องจากภาวะการขาดฮอร์โมนไทรอยด์มีอาการอ่อนล้าเป็นอาการสำคัญ มีการศึกษาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีระดับของไทรอยด์ สติมูเลตติ้ง ฮอร์โมน (Thyroid-Stimulating Hormone: TSH) หลังตลอด 24 ชั่วโมง และการฟองของการหลังฮอร์โมน TSH มีระดับความกว้างผันแปรขึ้น ๆ ลง ๆ ตลอดช่วง 24 ชั่วโมงด้วย ดังนั้น Cytokines จะถูกปล่อยโดยตัวผู้ติดเชื้อมีการตอบสนองกับการติดเชื้อ ทำให้มีผลต่อการรักษาภาวะสมดุลของไทรอยด์ (Rondanelli et al., 1997 cited in Barroso, 1999 a, p. 43)

5. ภาวะการเสื่อมของต่อมสืบพันธุ์ (Hypogonadism) มีความเกี่ยวข้องของการทำงานของอวัยวะส่วนของอัมพาและรังไข่ พบว่ามีระดับเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ในกระแสเลือดต่ำกว่า 300 Mg/ DL ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับพลังงาน แรงขับทางเพศ ความอยาก และอารมณ์ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายรายเมื่อโรคมีความรุนแรงขึ้น เขาเหล่านั้นมีความรู้สึกที่อยากจะถูกขึ้นไปปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ แต่กลับพบว่า ระดับกำลังของเขากลับลดลง (Rice, 2001)

6. การทำงานของตับ (Liver Function) เชื้อเอชไอวีมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของตับ โดยเกี่ยวกับ P 24 ใน Kupffer Cell และ Hepatic Endothelial Cells และ HIV Messenger RNA ในเซลล์ตับ (Hepatocytes) นอกจากนี้ตัวเชื้อเอชไอวีเอง ก็ทำให้ตับเกิดอันตรายโดยตรงและเกิดอันตรายต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ของตับด้วย เช่น ไวรัสตับอักเสบ มีการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่แสดงให้เห็นว่า มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 75 พบความผิดปกติของการทำงานของตับ (Bartlett, 1996; cited in Barroso, 1999 a, p. 43) และในรายที่มีภาวะเรื้อรังของไวรัสตับอักเสบบี และซีร่วมด้วย บางครั้งอาการของโรคอาจรุนแรงขึ้น ทำให้ตัดสินใจได้ยากกว่าอาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นจากเชื้อเอชไอวีหรือไวรัสตับอักเสบ (Capaldini, 1998 b)

7. ด้านจิตใจและภาวะเครียด (Psychological Factors) สนับสนุนการเกิดอาการอ่อนล้าและอาจเป็นสาเหตุของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากฮอร์โมนคอร์ติโซลผิดปกติ (Cortisol Abnormalities) การมีภาวะเครียด และทักษะการปรับตัวกับความเครียดที่ไม่ดี จะมีความเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน (Krupp & Pollina, 1996 cited in Rinomhota, Marshall & Gournary, 2000, p. 95) การติดเชื้อเอชไอวีสามารถเพิ่มปฏิกิริยาของ Hypothalamic-pituitary-adrenal Axis โดยมี Corticotropin Releasing Hormones (CPH) และ Adrenocorticotrophic Hormones (ACTH) ถูกหลั่งมีผลทำให้ระดับของ Cortisol สูงขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดบวกพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับ Cortisol มีความสอดคล้องที่สูงกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดลบ (Clerici et al., 1997; Enwonwu, Meeks, & Sawiris, 1996; Rondanelli et al., 1997 cited in Barroso, 1999 a, p. 44)

8. ภาวะพร่องทางโภชนาการ (Malnutrition) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มักได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากร่างกายต้องการแคลลอรี่และสารอาหารจำนวนมากไปสร้างพลังงานเพื่อให้

ร่างกายปฏิบัติกิจกรรมและทำงานได้ปกติ การขาดโปรตีน (Protein) และกรดไขมัน (Fatty Acids) จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้า การขาดวิตามินเอ (Vitamin A) วิตามินซี (Vitamin B) เบต้า แคโรทีน (Beta Carotene) และสังกะสี (Zinc) ส่งเสริมให้เกิดอาการอ่อนล้าเช่นกัน มีหลายปัจจัยที่เอื้อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ คือ อาการจากการติดเชื้อเอชไอวีเอง อาการจากผลข้างเคียงของยา ทำให้สูญเสียความอยากอาหาร คลื่นไส้ เป็นแผลที่ช่องคอและปาก และเกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรส การติดเชื้อของกระเพาะอาหารและลำไส้ เช่น เชื้อ MAC และเชื้อคริปโตสปอร์ไรโดไอซิส (Cryptosporidiosis) ทำให้การดูดซึมสารอาหารผิดปกติ และทำให้ขาดวิตามินตามมา (Highleyman, 2001) การนอนหลับและการปฏิบัติกิจกรรม (Sleep and Activity) คุณภาพของการนอนหลับมีผลต่อความสามารถในการฟื้นฟูร่างกาย การขัดขวางวงจรการหลับตื่น การไม่สามารถเข้าสู่ระยะการหลับลึกทำให้รู้สึกอ่อนล้าในวันรุ่งขึ้น หรือจากอาการต่าง ๆ ที่รบกวน เช่น อาการท้องเสีย ความปวด เป็นต้น การได้รับยาต้านไวรัสที่ต้องจัดตารางปลูกให้ตื่นเพื่อรับประทานยาตรงเวลา การใช้สารคาเฟอีน แอลกอฮอล์ สารเสพติดแอมเฟตามีน ซึ่งทำให้นอนไม่หลับ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีผลต่อปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ นอกจากนี้สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีเองที่เชื่อว่ามีผลต่อกลไกทางสมองที่ควบคุมการหลับปกติ (Highleyman, 2001) จากการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นเนื้องอก (Tumor) ทำให้มีระดับของปัจจัยที่ทำให้เกิดเนื้องอกในเนื้องอก (Tumor Necrosis Factor- α หรือ INF- α) ในกระแสเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวีมีระดับ อินเตอร์ลิวคิน-วัน (Interleukin-1) ซึ่งทั้งสองชนิดนี้มีผลไปรบกวนคลื่นสโลว์เวฟสลีป (Slow-Wave Sleep) ให้มีความถี่เพิ่มขึ้น คลื่น Slow-Wave Sleep เป็นคลื่นที่เกิดในช่วงแรกของการหลับ ซึ่งปกติการหลับระดับ Slow-Wave Sleep จะมี 4 ระยะ และการใช้เวลาตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 และย้อนกลับมาระยะที่ 1 อีกจะใช้เวลา 90 นาที ดังนั้นการเพิ่มความถี่ของ Slow-Wave Sleep จึงมีผลทำให้การหลับยาก (สุพรพิมพ์ เจียสกุล และคณะ, 2544, หน้า 1043-1046)

ผลกระทบของอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากอุบัติการณ์ที่ปรากฏเด่นชัดของการเกิดอาการอ่อนล้า ผลที่ตามมาอาจส่งผลกระทบต่อความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อาจได้รับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ

ด้านร่างกาย ผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการอ่อนล้า มีความเกี่ยวข้องกับอาการทางร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Breitbart et al., 1998, p. 165) อาการอ่อนล้าทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีความรู้สึกไม่สุขสบายภายในร่างกายที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากอาการอื่น ๆ ที่ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย ซึ่งอาจเกิดกับอวัยวะบางส่วนของร่างกาย เช่น ขาสองข้างไม่มีแรง หรือเกิดทุกส่วนของร่างกายรู้สึกเหนื่อยเฉื่อยชา ควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองไม่ได้

(Rose et al., 1998, p. 299) ทำให้รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Darko et al., 1992, p. 518) ส่งผลให้เพิ่มความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และหมดกำลังใจลง ผู้ป่วยจึงไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาได้ (Hart, 1990; Holley, 1991; Aaronson, 1990, cited in Sirirat, 2000, p. 26) และเมื่อความรุนแรงของอาการอ่อนล้าเพิ่มมากขึ้นผลของการทำงานทางระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวยิ่งลดลงตามไปด้วย (Perkins, Leserman, Stern, Baum, Lioa, Golden, & Evans, 1995, p. 1780) และอาการอ่อนล้าทำให้สูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหา สมาธิ และการตัดสินใจต่าง ๆ ลดลง จึงส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง (Hubsy & Sears, 1992; Trvine et al., 1991 อ้างถึงใน อภยศิริ กองทอง, 2544, หน้า 34)

ด้านจิตใจ อาการอ่อนล้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อเนื่องมาจากผลกระทบทางด้านร่างกาย ทำให้รู้สึกเหนื่อยใจ เศร้า โศก ถูกแบ่งแยก ขาดแรงจูงใจ ขาดความสามารถในการต่อสู้กับอาการอ่อนล้า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินอาการอ่อนล้าว่าเป็นอาการแสดงของการเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ดังนั้นความรุนแรงของอาการอ่อนล้า จึงนำมาซึ่งความรู้สึกกลัวถึงสถานการณ์อันตรายที่กำลังเกิดกับตนเอง ซึ่งตนเองไม่สามารถจะจัดการหรือควบคุมอาการไว้ได้ (Rose et al., 1998, pp. 299-300) นอกจากนี้สาเหตุของการนอนไม่หลับยังมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความรุนแรงของอาการอ่อนล้า โดยเฉพาะถ้ามีอาการอ่อนล้าเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 6 เดือน จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เกิดภาวะซึมเศร้าและอารมณ์ระเหิดใจไร้มูลเหตุอย่างรุนแรง (Perkins et al, 1995, p. 1780) ส่งผลให้ระดับความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงขึ้น และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีอาการอ่อนล้ามีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Breitbart et al., 1998, p. 163)

ด้านสังคม อาการอ่อนล้ามีผลกระทบทางสังคมที่ปรากฏชัดเจนที่สุดคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต้องถูกแบ่งแยกออกจากสังคมเพราะต้องการสงวนพลังงานในร่างกายของตนเองไว้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากตนเองรู้สึกเหนื่อยเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว และต้องการอยู่แต่ในบ้าน ไม่อยากที่จะออกแรงทำสิ่งใด (Rose et al., 1998, p. 300) จากการศึกษาชายรักร่วมเพศ 61 ราย พบถึงร้อยละ 40 ที่รายงานว่าอาการอ่อนล้ารบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Walker et al., 1997, p. 36) จากประสบการณ์ชีวิตของหญิงติดเชื้อเอชไอวี อาการอ่อนล้าจะเกิดในวันที่ตนเองรู้สึกแย่หรือไม่ดี ซึ่งเป็นอาการที่เกิดบ่อยครั้ง และทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (Servellen et al., 1998, pp. 456-457) รบกวนการปฏิบัติที่เป็นความสามารถในการดูแลตนเอง (Hart et al., 1990, pp. 967-976)

จากการศึกษาในต่างประเทศดังกล่าวถึงผลกระทบของอาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณที่มีข้อจำกัดในมิติต่าง ๆ ของเครื่องมือที่ใช้ ประเมิน ซึ่งทำให้เห็นการรบกวนในการดำเนินชีวิตที่เกิดจากข้อจำกัดทางร่างกาย จิต และสังคมได้บ้าง แต่ในประเทศไทยก็มีความชุกของการเกิดอาการอ่อนล้าเช่นเดียวกัน แต่ยังไม่มียารักษาการ ประเมินผลกระทบทั้งที่เป็นเชิงปริมาณ และตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในบริบทของ ประเทศไทย จึงยังไม่เกิดความเข้าใจว่ามีความแตกต่างการรับรู้ถึงผลกระทบของอาการอ่อนล้าเป็น อย่างไร ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังคงเผชิญความทุกข์ทรมานดังกล่าวโดยไม่ได้รับการ ช่วยเหลือหรือบรรเทา

ประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom Experiences) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการ และผลการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับอาการเป็นประสบการณ์ ส่วนตัวของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ ถึงความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ เกี่ยวกับความ รุนแรง ตำแหน่ง ความถี่ การคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ความพิการและการรบกวนต่อชีวิต และความเป็นอยู่ จะเห็นได้ว่า อาการ และ/หรือ ความรู้สึกนี้เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ที่ผู้อื่นไม่ อาจสังเกตหรือรับรู้ได้ (Rhodes & Watson, 1987, p. 242 อ้างถึงใน วาธินี คัชชาตย์, 2540, หน้า 27) เช่นเดียวกับอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งอาการทุกอาการมีการให้ความหมายเฉพาะ เพราะอาการเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลถึงคำบอกเล่าและพฤติกรรมที่แสดงออก โดย สะท้อนถึงคุณค่าและความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยจะตอบสนองต่ออาการภายใต้การแปล ความหมาย และการรับรู้ของการคงอยู่ของอาการขณะนั้น (Giardino & Wolf, 1993, p. 3)

ยัง ไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้และการตอบสนองต่ออาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย แต่มีการศึกษาเพียงเล็กน้อยในต่างประเทศ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ กับการศึกษาอาการอ่อนล้าที่มีความเกี่ยวข้องทางร่างกาย และจิตใจ ก่อส่งผลต่อการดำเนินชีวิตปกติ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมแต่ละวัน การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย ดังนี้

จากการศึกษาประสบการณ์การใช้ชีวิตอยู่กับการติดเชื้อของหญิงติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 44 คน พบว่าให้ความหมายอาการอ่อนล้าว่า เป็นความรู้สึกเหนื่อยล้า ไม่สามารถที่ควบคุมร่างกาย ให้ลุกขึ้นได้ เป็นอาการที่ทำให้รู้สึกแย่มากที่สุด และ ร้อยละ 59 ของหญิงติดเชื้อเอชไอวีจัดการกับ อาการอ่อนล้า ด้วยการพักผ่อนและนอนหลับ การสวดมนต์ปลงงานโดยลดการใช้กำลังงานจากการ ปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมอาการไว้ (Servellen et al., 1998, pp. 455-460) ส่วนการศึกษาในชายรัก

ร่วมเพศที่มีระยะติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน พบถึงร้อยละ 66.7 ให้ความหมายอาการอ่อนล้าว่า เป็นอาการที่เด่นชัดถึงความเหนื่อยชา ความอ่อนแอลงของร่างกาย (Fox et al., 1987; Tindall et al., 1988 cited in Darko et al., 1992, p. 514) การศึกษาการรับรู้อาการอ่อนล้าของแต่ละบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 422 คน พบว่า มีการใช้คำที่มีความหมายใกล้เคียงกัน คือ เป็นอาการที่ทำให้สิ้นเรี่ยวแรง (Exhaustion) รู้สึกเหนื่อย (Tiredness) อ่อนเพลีย (Weakness) และสูญเสียกำลังงาน (Loss of Energy) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการอ่อนล้า ด้วยวิธีรับประทานอาหารเสริม วิตามิน และอาหารที่มีประโยชน์ ร้อยละ 31 วิธีการพักผ่อนและนอนหลับ ร้อยละ 23 การจัดแบบแผนกิจกรรม ร้อยละ 17 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 15 (Corless et al., 2002, p. 775; Corless et al., 2001) การศึกษาอาการอ่อนล้า การรบกวนการนอนหลับ ความไร้ความสามารถ และตัวชี้วัดความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักร่วมเพศ จำนวน 112 ราย เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดบวกจำนวน 62 ราย และผลเลือดลบจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้สึกของอาการอ่อนล้าติดต่อกันตลอดหลายชั่วโมงมากขึ้นในแต่ละวัน ต้องนอนหลับมากขึ้น ถูกปลุกให้ตื่นเป็นระยะ ๆ มากขึ้น มีความกระตือรือร้นลดลงในช่วงเช้าของวันรุ่งขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดบวกกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดลบ พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดบวกพบปัญหาการรบกวนการทำกิจกรรมที่สำคัญมากกว่า เช่น การทำงาน และการขับรถ (Darko et al., 1992, pp. 514-520) การศึกษาอิทธิพลของแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติกิจกรรมในหญิงติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ความสัมพันธ์กับอาการอ่อนล้าจำนวน 100 ราย เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีอาการอ่อนล้าระดับต่ำกับกลุ่มที่มีอาการอ่อนล้าระดับสูง พบว่า กลุ่มที่มีอาการอ่อนล้าระดับสูงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่อง การนอนไม่หลับ การถูกปลุกให้ตื่นเวลากลางคืน การปฏิบัติกิจกรรมช่วงเวลากลางวันได้น้อยลง และเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าด้วย (Lee et al., 2001, pp. 19-27) การศึกษาอาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการคลินิกดูแลชั่วคราว จำนวน 427 ราย ร้อยละ 85 อาการอ่อนล้าจะมีลักษณะของการขาดพลังงาน หหมดแรงเป็นอาการนำล่วงหน้ามาก่อนหนึ่งสัปดาห์ และร้อยละ 55 อาการอ่อนล้าเป็นความรู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา มีระยะเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น ติดต่อกัน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอ่อนล้ามีความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายไม่ดี มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงกว่า และมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการอ่อนล้า (Breitbart et al., 1998, pp. 159-167) ส่วนในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามปรากฏการณ์วิทยา ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชาย 5 คน และเพศ หญิง 5 คน การให้ความหมายของอาการอ่อนล้าว่า เป็นอาการแสดงที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงระยะอาการเจ็บป่วยของการติดเชื้อเอชไอวี และมีอาการก้าวหน้าไปสู่ระยะของเอดส์เต็มขั้น ประสบการณ์อาการอ่อนล้าแสดงออกทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาการอ่อนล้ายัง หมายถึง

การแสดงออกทางกายนั้นคือ เป็นความรู้สึกว่าขาของตนเองเบาไม่มีแรง มันทำให้รู้สึกเหนื่อยกายที่จะลุกขึ้น ประสบการณ์อาการอ่อนล้าด้านร่างกายที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างจากการรับรู้ความรู้สึกอาการอ่อนล้าที่ผ่านมา เพราะประสบการณ์ทางด้านร่างกายเป็นสัญญาณบอกถึงความรุนแรงบางสิ่งที่ต้องเผชิญต่อไปข้างหน้า ประสบการณ์ทางด้านจิตใจเป็นความรู้สึกเหนื่อยใจ เคร่า โศก ถูกแบ่งแยก ขาดแรงจูงใจ ขาดความสามารถในการต่อสู้กับอาการอ่อนล้า เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินอาการอ่อนล้าว่าเป็นอาการแสดงของการเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ดังนั้นความรุนแรงของอาการอ่อนล้า จึงนำมาซึ่งความรู้สึกกลัวถึงสถานการณ์อันตรายที่กำลังเกิดกับตนเอง ซึ่งตนเองไม่สามารถจะจัดหรือควบคุมอาการไว้ได้ ประสบการณ์อาการอ่อนล้าด้านสังคมทำให้มีความเปลี่ยนแปลงด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แยกตัวออกจากสังคมเป็นเพราะต้องการสงวนพลังงานเอาไว้

จากการศึกษาประสบการณ์อาการอ่อนล้าในต่างประเทศดังกล่าว มีการประเมินลักษณะของอาการ ผลลัพธ์ที่ตามมาของอาการทั้งในเชิงปริมาณตามเกณฑ์ของบุคคลภายนอก และตามมุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เอง แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาถึงการให้ความหมายผลกระทบของอาการ และการจัดการอาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งอาจมีการรับรู้ด้านความเชื่อ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไปตามบริบทที่ศึกษาได้

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงการแสวงหาความจริงจากปัญหาในการวิจัย ซึ่งเป็นช่องว่างระหว่างความคิดกับความเป็นจริง หรือความอยากรู้ในสิ่งที่คิดกับสิ่งที่ป็นจริงว่าจะสอดคล้องกันหรือไม่ (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 2) ปลายคริสต์ศตวรรษ (ค.ศ.) ที่ 18 มีการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาศึกษาปัญหาทางสังคมในอเมริกาถึงการเปลี่ยนแปลงไปสู่เมืองอุตสาหกรรม และการอพยพของชนเผ่าพื้นเมือง ซึ่งการสำรวจวิธีการทางสถิติหรือเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบ และเข้าใจพฤติกรรมการเป็นอยู่ของคนเหล่านี้ได้ โดยใช้กลยุทธ์การเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อสังเกตปัญหาการอพยพภายในสังคมนั้น ๆ ซึ่งเป็นการศึกษาปัญหาสังคมจากการติดต่อสื่อสารแบบเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมโดยตรง จนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1970 มีการนำวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเข้ามาใช้ในวิชาชีพพยาบาล โดยแนะนำการใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาในการทำงานของพยาบาล (Munhall, 2001, pp. 70-71) ขณะเดียวกันใน ปี ค.ศ. 1980 ทฤษฎีทางการพยาบาลกำลังพัฒนาปรัชญาพื้นฐานสู่ความเป็นองค์รวม โดยเปลี่ยนการมุ่งเน้นเรื่องโรคและการรักษาทางการแพทย์มาเน้นที่ตัวบุคคลของผู้ป่วย โดยไม่ได้มองเพียงด้านร่างกาย หรือมองแยกออกเป็นส่วน ๆ โดย มูนโฮลล์ (Munhall, 1982) เป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำให้นักวิจัยทางการพยาบาลได้คิดว่าวิทยาศาสตร์ด้านมนุษย์ (Human Science) มีความแตกต่างจากธรรมชาติหรือวิทยาศาสตร์สังคม (The Natural หรือ Social Sciences) เพราะวิธีการเข้าถึงความเป็นองค์รวมของแต่ละบุคคลของ

วิทยาศาสตร์ด้านมนุษย์ ต้องอาศัยวิธีการตีความ (Interpretive Turn) ภายใต้ความเชื่อปรัชญาพื้นฐานของวิธีเชิงคุณภาพ ปัจจุบันยังคงมีการพัฒนาวิธีการเข้าถึงการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากปัญหาการวิจัยทางคลินิกการพยาบาลมีความซับซ้อนต่อการตอบคำถามวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล (Talbot, 1995, pp. 413-414)

ความเชื่อปรัชญาพื้นฐานการวิจัยเชิงคุณภาพมีแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนทัศน์ (Paradigms) ในการวิจัยหรือกระบวนกรแสวงหาความจริงตามแนวปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ที่มีมุมมองแตกต่างจากแนวปฏิฐานนิยม (Positivism) โดยเน้นความสำคัญของการมีมุมมองรอบด้านเป็นการมองภาพรวม (Holistic) และมีความรู้สึกร่วม (Empathy) เพื่อเข้าถึงรากเหง้าและเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์แต่ละบุคคล รวมทั้งเข้าใจบริบทรอบข้างของบุคคล โดยไม่แยกแบ่งวิธีการศึกษาออกเป็นส่วน ๆ และตัวแปรย่อย ๆ ความแตกต่างของมุมมองหลักการเกี่ยวกับความจริงของสองกระบวนทัศน์มีดังนี้ (นิศา ชูโต, 2540, หน้า 7-10)

1. ธรรมชาติที่เกี่ยวกับความจริง การวิจัยแนวปฏิฐานนิยมเชื่อว่าความจริงเป็นหนึ่งเดียว มีตัวตนจับต้องได้ สามารถศึกษาแยกเป็นตัวแปรเหตุและผล วิธีวิจัยเชิงสาเหตุและการทดลองจึงเหมาะสมกับวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าความจริงมีหลายระดับ เป็นสิ่งที่สร้างขึ้นและมีตัวตนในความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของมนุษย์เป็นสิ่งที่จับต้องไม่ได้ วิธีการศึกษาจึงต้องมองภาพรวมทั้งหมด และต้องใช้หลายวิธีการจึงจะได้ความจริงทั้งหมด ซึ่งมนุษย์เป็นผู้เลือกความเป็นจริงโดยกำหนดการให้ความหมายด้วยตนเอง (Talbot, 1995, pp. 413-414) จึงเหมาะกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการตีความพฤติกรรมมนุษย์ในวิชาสังคมศาสตร์
2. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับสิ่งที่ศึกษา แนวปฏิฐานนิยมพยายามแยกผู้ศึกษาออกจากสิ่งที่ศึกษาเพื่อขจัดอิทธิพลซึ่งกันและกัน ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมแนะนำให้ใช้ความสัมพันธ์ดังกล่าวเพิ่มพูนความเข้าใจและการตีความของผู้ศึกษาให้เกิดความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาอย่างกระจ่างชัด
3. การอธิบายเกี่ยวกับความจริง แนวปฏิฐานนิยมจับสภาพความจริงโดยไม่เกี่ยวข้องกับบริบท ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมจะค่อย ๆ พัฒนาสภาพความจริงในระดับต่าง ๆ จากหน่วยย่อย โดยสร้างสมมติฐานชั่วคราว เชื่อมโยงจากบริบทจนสภาพความจริงปรากฏ จึงไม่สามารถนำไปสรุปอ้างอิงถึงในบริบทที่แตกต่างกันได้
4. เกี่ยวกับสาเหตุ แนวปฏิฐานนิยมมุ่งอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล สามารถบอกผลที่เกิดขึ้นมาจากเหตุ ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมเชื่อว่าความสัมพันธ์ของมนุษย์มีความซับซ้อนโยงใยซึ่งกันและกัน มักใช้การอธิบายชักจูงให้เกิดความเข้าใจมากกว่าจะแสดงความเป็นเหตุเป็นผล
5. เกี่ยวข้องกับค่านิยม แนวปฏิฐานนิยมเชื่อว่าวิธีการวิจัยเชิงสาเหตุมีความเป็นปรนัยสูงปราศจากอคติและค่านิยม ส่วนแนวปรากฏการณ์นิยมยังเชื่อว่าทุกวิธีล้วนมีอคติและมีความเป็นอัตนัยทั้งสิ้น โดยเฉพาะการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสังคม

จากแนวคิดที่มีความแตกต่างกัน ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีความหลากหลาย ยกแก่การกำหนดรูปแบบตายตัว แต่โดยทั่วไปแล้วมีขอบเขตเฉพาะดังนี้ (Munhall, 2001, pp. 67-68)

1. เป็นการศึกษาที่ใช้ความเป็นองค์รวมเข้าถึงปัญหาวิจัย โดยมีความตระหนักว่ามนุษย์มีความเป็นจริงที่สลับซับซ้อน
2. เป็นการศึกษาที่เน้นศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ โดยมองความรู้สึภายในของบุคคลหรือความเป็นจริงที่มีความหลากหลายของบุคคล
3. กลวิธีที่ใช้ในการสืบหามีลักษณะเฉพาะ คือ การเข้าไปสัมผัสสถานที่หรือแหล่งความเป็นอยู่ปกติของบุคคลที่จะศึกษา โดยให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคลภายใต้บริบทนั้น ๆ
4. ผู้วิจัยต้องมีวิธีการเก็บข้อมูลที่มาจากความรู้สึภายในตัวบุคคลระดับสูงที่สุด โดยวิธีที่นำมาใช้กันมากคือ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้แนวคำถามแบบไม่มีโครงสร้าง
5. การนำเสนอข้อมูลต้องเป็นในรูปของการบรรยาย ข้อมูลต้องเป็นธรรมชาติตามความเป็นจริง และเป็นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลตามแต่ละสถานการณ์นั้น ๆ

ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การแสวงหาความรู้โดยการพิจารณาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจข้อมูลด้านความรู้สึนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคล นอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ มักใช้เวลานานในการศึกษาติดตามระยะยาว ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 18) ด้วยลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวข้างต้น วิธีการนี้จึงมักต้องการยอมรับว่าผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือในการวิจัยที่สำคัญ เพราะตัวผู้วิจัยเป็นผู้สังเกต ผู้สัมภาษณ์และผู้ตีความข้อมูลที่ได้จากหลายวิธีการสืบสวนด้วยตนเอง ซึ่งเป็นขีดความสามารถในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ดีพอ (Streubert & Carpenter, 1995, p. 11) โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์สามารถฝึกฝนความตระหนักรู้ได้หลายวิธีการ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้พัฒนาทางด้านจิตใจ และเป็นกลยุทธ์ที่ผู้วิจัยนำมาใช้มากที่สุด อีกทั้งมนุษย์มีความเข้าใจว่า ความเป็นจริงเป็นสิ่งที่จัดสร้างขึ้นจากการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างด้านอัตวิสัยและวัตถุวิสัย (Munhall, 2001, p. 84) นักวิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้วิธีการหลายวิธีร่วมกัน เช่น การสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายร่วมกับการบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนามในสิ่งที่สังเกตได้ นักวิจัยเชิงคุณภาพจะต้องศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ อ่านงานวิจัยที่เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษาก่อนลงสนามแต่ไม่ได้นำมาตีเป็นกรอบ เป็นการศึกษาเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยรู้ถึงโอกาสความเป็นไปได้

ของพฤติกรรมสังคมที่ศึกษา และรู้ประเด็นที่ควรสังเกตและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน (สุภางค์ จันทวนิช, 2539, หน้า 18) ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมทั้งหมดจึงสามารถนำไปใช้ในการ ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลได้ ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยควรพึงเทปบันทึกเสียงให้เร็วที่สุดเพื่อ ทราบข้อมูลที่ได้และทราบประเด็นใดต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป สิ่งที่ควร ตระหนักถึงขณะทำการสัมภาษณ์ คือ คุณค่า ความถูกต้อง และความซื่อสัตย์ของข้อมูล ซึ่งตัวผู้วิจัย ต้องเคารพและมีความจริงใจให้กับผู้ให้ข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลนี้จะดำเนินไปจนผู้วิจัยเห็นว่า ข้อมูลมีความอิ่มตัว คือ ไม่มีประเด็นหรือสาระสำคัญเพิ่มขึ้นจากข้อมูลที่มีอยู่เดิม (Streubert & Carpenter, 1995, pp. 43-45) เมื่อเก็บข้อมูลได้แล้วต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูล กระบวนการวิเคราะห์ ข้อมูลจะเริ่มกระทำพร้อม ๆ กับการรวบรวมข้อมูล และยังทำต่อไปหลังการเก็บข้อมูลสิ้นสุดลง ผู้วิจัยจะ ไม่ด่วนสรุปปรากฏการณ์จากมุมมองของคนนอก (Etic) ครอบงำด้วยสายตาของคนใน (Insider's View) และตระหนักว่ามนุษย์เราสร้างระบบคุณค่าและความหมายส่วนตัวของเขา ซึ่ง ผู้วิจัยต้องสืบแสวงหาให้พบ โดยการลองสร้างสมมติฐานชั่วคราว (Working Hypothesis) สะสมไว้ ตั้งเป็นข้อสงสัยสำหรับเกิดความคิดเป็นระบบอย่างต่อเนื่อง และผู้วิจัยหลักต้องเป็นผู้วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยตนเองเนื่องจากเป็นผู้รู้คำถามวิจัยที่ศึกษา การเข้าไปสัมผัสกับปรากฏการณ์โดยตรงนำ ข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดทฤษฎีและการจินตนาการประกอบกัน ทำให้รู้ทิศทางของการเก็บ ข้อมูลเพื่อหาคำตอบปัญหาการวิจัยของตนเองได้ ข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพถือเป็นการ สังเกตองค์ความรู้ซึ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงหรือก่อรูปใหม่อยู่เรื่อย ๆ ตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม นั้น ๆ กระบวนการวิจัยจึงเน้นเกณฑ์ด้านความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ดังนั้นผู้วิจัยต้อง แสดงให้เห็นว่าข้อมูลความรู้ของเรามีคุณภาพเพราะเกิดจากความไว้วางใจที่ผู้ให้ข้อมูลมีต่อผู้วิจัย ความรู้ที่ผู้วิจัยได้มาเป็นความรู้ที่แท้จริงที่สุดแล้ว (สุภางค์ จันทวนิช, 2540, หน้า 5-15)

แนวทางการประเมินคุณค่าของการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับความน่าเชื่อถือ ของข้อมูล โดยพิจารณาตลอดกระบวนการวิจัยที่สามารถสร้างความน่าเชื่อถือตามแนวทางของ ลินคอน และกูปา (Lincoln & Guba, 1985 cited in Talbot, 1995, pp. 428-429) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นวิธีที่ผู้วิจัยต้องใช้เวลาเข้าไปศึกษาภาคสนาม ภายใต้อุปสรรคที่สนใจศึกษาเป็นระยะที่ยาวนานพอ เพื่อเกิดความไว้วางใจนำไปสู่ข้อมูลที่แท้จริง นอกจากนี้ต้องนำข้อค้นพบที่ได้มายืนยันว่าตรงกับความเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล วิธีการตรวจสอบความตรงของข้อมูลกระทำได้โดย การนำข้อมูลกลับมาสอบถามกับผู้ให้ข้อมูล หรือผู้เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล ที่เรียกว่า Member Checks (Streubert & Carpenter, 1999, p. 29) ข้อมูลต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการวิจัยและการตีความเรื่องราวต่าง ๆ จะต้องผ่านการตรวจสอบเป็น ระยะ ๆ โดยผู้เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่ต้นจนสุดท้ายของการศึกษา (นิศา ชูโต, 2540, หน้า 13)

2. การนำข้อมูลไปใช้ (Transferability) เป็นการแสดงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ศึกษาในบริบทอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยต้องเขียนรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินวิจัยที่ผู้วิจัยได้กระทำไว้อย่างละเอียดชัดเจน เพื่อสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ เช่น การเสนอให้ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่ครอบคลุมแนวคิดและมุมมองของทฤษฎีที่กำลังจะเกิดกับข้อมูล (นิศา ชูโต, 2540, หน้า 13)

3. ความคงที่ (Dependability) เป็นการใช้วิธีอื่น ๆ เข้าร่วมกันหลายวิธี ในการตรวจสอบความเป็นจริงของสิ่งค้นพบโดยผู้ตรวจสอบเป็นกลุ่มผู้วิจัยอื่นอย่างน้อยสองท่านเป็นผู้ตรวจสอบขั้นตอน และผลการศึกษาแล้วได้ผลที่ไม่แตกต่างจากผู้วิจัย

4. การยืนยันข้อมูล (Confirmability) เป็นวิธีรับรองซ้ำอีกครั้งของข้อมูลกับแหล่งผู้ให้ข้อมูล หลักฐานเอกสารการสังเกตถึงสิ่งที่ผู้วิจัยได้ค้น ได้เห็น ประสบการณ์การดำเนินวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ภายใต้บริบทที่ศึกษา (Morse, 1994, p. 105) โดยผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการพัฒนาความคิดการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ตลอดจนการดำเนินงานของผู้วิจัย เช่น บริบทที่ศึกษาระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ ในการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และความเป็นส่วนบุคคล เป็นต้น ผู้วิจัยต้องจัดเก็บเรื่องเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานนี้ไว้เป็นหลักฐาน เช่น เอกสารการจดบันทึก การเขียนถึงความคิดความรู้สึกส่วนตัวของผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูล การให้รหัสข้อมูล หรือการจัดหมวดหมู่ข้อมูล เพื่อเป็นการสนับสนุนการติดตามตรวจสอบการได้มาของข้อมูล

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพถูกนำมาใช้ในวิชาชีพพยาบาล เพื่อค้นหาคำตอบทางการพยาบาล เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลต้องมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา โดยวิชาชีพการพยาบาลเป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยองค์ความรู้ทั้งสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง จึงต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถพิสูจน์ได้ทั้งเป็นตัวเลข และต้องการคำอธิบายธรรมชาติของปรากฏการณ์ปฏิบัติทางการพยาบาล แต่วิธีการวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบได้ชัดเจนและครอบคลุมปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เนื่องจากการให้การพยาบาลมีลักษณะเป็นองค์รวม อีกทั้งปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลต้องมีการเรียนรู้แบบภาพรวมไม่สามารถแยกศึกษาเป็นส่วน ๆ ได้ (Puavilia, 2001, p. 31) ซึ่งเป้าหมายปรากฏการณ์ทางการพยาบาล คือ การสร้างความรู้ทางการพยาบาลที่ซ่อนเร้นอยู่ให้แสดงออกมาอย่างชัดเจน และนำเสนอเหตุการณ์นั้นตามความหมาย ทำความเข้าใจให้เป็นทางการเพื่อยืนยันเป็นข้อปฏิบัติทางการพยาบาล (Tenner, Benner, Chesla, & Gordon, 1993, p. 274) ดังนั้นวิธีการศึกษาที่ดีที่สุด คือ การเข้าไปสัมผัสประสบการณ์ทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยการมองผ่านมุมมองของผู้ป่วย (Look At The World Through His or Her Eyes) (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล และคณะ, 2541, หน้า 1-2) โดยการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลตามประสบการณ์ เพื่อให้พยาบาลมีความเข้าใจ และมีข้อมูลพื้นฐาน

สำหรับนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้อย่างสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

จึงเห็นได้ว่า ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้มองเห็นกระบวนการของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของปรากฏการณ์ในบริบทที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพมาเป็นแนวทางการศึกษาประสบการณ์อาการอ่อนล้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อทำความเข้าใจแนวคิดของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเข้าใจความคิดที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคลได้ลึกซึ้ง สามารถแปลความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริงและครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคลได้

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อธิบายถึง อาการอ่อนล้าว่า เป็นอาการที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย จนถึงหมดแรง ซึ่งเป็นผลมาจากทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และภาวะของโรคเอดส์เอง อาการอ่อนล้าเป็นอาการทุกข์ทรมาน และคุกคามต่อชีวิต รบกวนแบบแผนการนอนหลับ รบกวนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รบกวนการมีปฏิสัมพันธ์ต่อครอบครัวและสังคม และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อาการอ่อนล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาจากหลายสาเหตุที่ซับซ้อน เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นพลวัตรตลอดระยะเวลาของชีวิต การจัดการกับอาการอ่อนล้าจึงต้องมีความเป็นพลวัตรที่สอดคล้องกับการปรากฏของอาการอ่อนล้าในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการจัดการกับอาการอ่อนล้าอย่างมีประสิทธิภาพนั้นขึ้นกับความสามารถในตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อการจัดการกับอาการในชีวิตประจำวันด้วย และผู้ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการกับอาการอ่อนล้าด้วยตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เป็นอย่างดี คือ ผู้ให้การดูแล และพยาบาล เป็นบทบาทหนึ่งของการเป็นผู้ให้การดูแล การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการค้นหาคำหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลตามประสบการณ์จริง จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจประสบการณ์การมีอาการอ่อนล้า การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การตอบสนองกับอาการอ่อนล้าของแต่ละบุคคล และวิธีต่าง ๆ ในการจัดการกับอาการในมุมมองบนพื้นฐานความคิด ความรู้สึกที่เกิดตามสภาพความจริงของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จากข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจประสบการณ์อาการอ่อนล้าได้ชัดเจนยิ่งขึ้น นำเป็นแนวทางประยุกต์วิธีจัดการกับอาการอ่อนล้าใช้ร่วมกันทั้งวิธีของผู้ให้การดูแลและวิธีการของผู้ป่วยอย่างมีเหตุมีผลทางวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นการปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการกับอาการอ่อนล้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ต่อไป