



รายงานการวิจัย

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์
และผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี

Family Participation Models for HIV and AIDS Patient Care
In Chonburi Province

นันทิพร ห่องคนขำ
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมสมัย รัตนกริษากุล
ศิริพร ทูลศิริ

- 8 ส.ค. 2545

156167

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2545

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2542

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากเงินงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ 2542 การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ดีด้วยความร่วมมือของบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนทราวดี เรื่อยพิเชษฐ ที่ได้เป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย และให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ องค์การกุศล เฟิร์ล เอส บัค จ.ชลบุรี ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เป็นสถานที่ให้ทำการวิจัย ตลอดจนอนุเคราะห์ให้ เจ้าหน้าที่ศูนย์ อาสาสมัคร ได้ติดต่อประสานงานและพาผู้วิจัยออกเยี่ยมครอบครัวเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณผู้ดูแล ครอบครัว ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดี ในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงและระลึกเสมอว่าทุก ๆ ท่านเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้

ผู้วิจัย

เมษายน 2545

ชื่อเรื่อง รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย
เอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัย สมสมัย รัตนกริธากุล
ศิริพร พูลศิริ

ปีที่ทำวิจัย 2543

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีมากที่สุด ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต บันทึกเสียง จดบันทึก ให้รหัสข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง กันยายน 2543 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16 ราย ผลการวิจัยพบว่า

ผู้ที่มีบทบาทให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีในครอบครัวมากที่สุดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 51 ปี ความสัมพันธ์เป็นมารดา ให้การดูแลในระยะที่มีอาการเอชไอวีเต็มขั้นมากที่สุด ระยะเวลาที่ให้การดูแลน้อยกว่า 3 ปี รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการถึงระยะที่เริ่มปรากฏอาการ ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น การพาไปพบแพทย์เพื่อการรักษา การดูแลให้รับประทานยา อาหาร การดูแลตามอาการ ด้านจิตใจ ได้แก่ การปลอบใจให้กำลังใจ ด้านสังคม ได้แก่ การออกค่าใช้จ่ายในการรักษา การดูแลบุตร และการรักษาความลับในครอบครัวและชุมชน ส่วนรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ซึ่งมีอาการและภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ด้านร่างกาย ได้แก่ การพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนหรือ ทั้งหมด เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร รับประทานยา เลื้อผ้า การดูแลตามอาการ เช่น การทำแผล ด้านจิตใจ เป็นการให้กำลังใจ ไม่รังเกียจไม่ทอดทิ้ง ด้านสังคม ได้แก่ การออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดู และรับภาระเลี้ยงดูบุตรผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลแล้วสมาชิกในครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยตามแต่กิจกรรมและโอกาส ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของครอบครัว ได้แก่ ภาระค่าใช้จ่ายต่าง ๆ การเลี้ยงดูบุตรผู้ป่วยซึ่งเป็นภาระระยะยาวและขาดความรู้และทักษะในการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลตามอาการที่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมครอบครัว โดยการให้ความรู้ ฝึกอบรมทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีให้อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

Title Family Participation Models for HIV and AIDS Patient Care
 In Chonburi Province.

Researcher Somsamai Rattanagreethakul
 Siriporn Toonsiri

Year 2000

ABSTRACT

This study utilized a qualitative research design. The purpose was to explore model of family participation for HIV and AIDS patient care in Chonburi Province. The sample consisted of 16 HIV and AIDS patients' family caregivers recruited using purposive sampling technique. In-depth-interviewing, observation, tape record, and field-note were used to collect the data, during April – September 2000. Data coding and content analysis were performed to analyze the data.

The results revealed that the majority of participants were females with age > 50 years old, patients' mothers. Most of them took care the patients in Full Blown AIDS stage lesser than 3 years. The participants reported their patterns of caring. In each stage, that was, in Asymptomatic and AIDS Related Complex stage, the participants took the patients to see doctors, gave medicine, arranged food, and offered a symptomatic care. In addition, they encouraged the patients and paid the money for medication and patients' children. Also, they maintained confidentiality for patients' HIV infection. For Full Blown AIDS stage, the participants took the patients to see doctors, offered total and partial care for patients' daily living activities, gave psycho-social support. Moreover, the participants also participated in paying the money of treatment and taking care their children. Long-term of responsibility of payment, taking care patients' children, and lack of knowledge and skills especially for Full Blown AIDS patient care.

The findings suggest that family preparation focusing on teaching, training, guiding, and counseling of HIV and AIDS patient care may be a beneficial nursing intervention in this aggregate. As a result, the happiness of HIV and AIDS patients and their family might be enhanced.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
3 วิธีดำเนินการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การเก็บรวบรวมข้อมูล	26
การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
4 ผลการวิจัย	30
ส่วนที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และ ผู้ป่วยเอดส์	30
ส่วนที่ 2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์	33

	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล	49
สรุปผลการวิจัย	49
อภิปรายผลการวิจัย	52
ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม	59
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แนวทางการสัมภาษณ์	63
ภาคผนวก ข ประวัติที่ปรึกษาโครงการวิจัย	67
ภาคผนวก ค ประวัติผู้วิจัย	70

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ให้การดูแล ระยะอาการที่ให้การดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาสังคมเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศปัญหาหนึ่ง เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีอัตราการตายที่สูงและยังเป็นโรคที่สามารถแพร่ระบาดไปสู่กลุ่มประชากรกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว การระบาดในระยะเริ่มแรก (พ.ศ. 2527) ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มได้แก่ ในกลุ่มชายที่มีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศ ต่อมาได้แพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และแพร่กระจายไปสู่กลุ่มผู้ชายบริการทางเพศ ผู้ใช้บริการทางเพศ จนในที่สุดปัจจุบันนี้ได้แพร่ระบาดเข้าสู่ครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้านและเด็ก หรืออาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถพบได้ในบุคคลทั่วไปไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาชีพ รับจ้าง การเกษตร ข้าราชการ ค้าขาย และไม่เว้นแต่แม่บ้าน ถึงแม้ว่าจะได้มีการรณรงค์ต่อต้านการแพร่เชื้อโรคเอดส์ จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในหลาย ๆ รูปแบบแต่ก็ยังไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่ระบาดได้ จากการคาดประมาณตามสถานการณ์พบว่า หากการดำเนินงานรณรงค์เพื่อป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ยังคงเป็นเช่นปัจจุบัน ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2530 - 2548 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 1.8 ล้านคน และจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวนถึง 8 แสนคน (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2538 : 2) เนื่องจากผลของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ที่สะสมมาหลายปีทำให้จำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะเริ่มปรากฏ อาการเป็นจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานผลการเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในสถานบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 เป็นต้นมาจนถึงวันที่ 30 เมษายน 2543 พบจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศทั้งสิ้น 142,027 ราย ในจำนวนนี้ได้รายงานว่ามีผู้เสียชีวิตแล้วถึง 39,193 ราย (<http://www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm/indexaids.htm>)

ดังนั้นความรุนแรงของปัญหา ที่เกิดจากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เพิ่มจำนวนทวีอย่างรวดเร็ว จึงไม่ใช่เพียงแต่มีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว และสังคมอีกด้วย กล่าวคือสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว เสมือนเป็นตราบาปที่ถูกตีตรา จากสังคมว่าเป็นสิ่งสกปรกและอันตรายต่อผู้ใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการปฏิเสธที่จะให้เข้าร่วมในสังคม เป็นผู้ถูกสังคมรังเกียจ หวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้และไม่อยากให้อยู่ร่วมกับสังคมด้วย ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม รวมทั้งมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบครอบครัว ยิ่งเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากผลกระทบต่าง ๆ ทุกด้านของชีวิตทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง ไม่อยากมีชีวิตต่อ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าในสังคม ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคตและการยอมรับจากครอบครัว และสังคม ทำให้ไม่อยากมีชีวิตอยู่และไม่อยากเผชิญหน้ากับผู้คน บางรายถึงกับพยายามฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2539 : 67) และผลกระทบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ จะเริ่มปรากฏอาการจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ สถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง คงไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้ทั้งหมด ซึ่งในสภาพความเป็นจริงแล้วส่วนใหญ่ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในครอบครัว สิ่งแวดล้อมเดิม ครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอชไอวี ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความเตรียมพร้อมของครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีการยอมรับ เพิ่มความเข้มแข็งและให้กำลังใจ รวมทั้งมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือดูแลบุคคลใน ครอบครัวเมื่อติดเชื้อเอชไอวี เพื่อที่จะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ สามารถคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพ ลดความเครียด สามารถดำเนินชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์รวมของการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมที่สำคัญในภาคตะวันออก มีการเคลื่อนย้ายประชากรวัยแรงงานจากภูมิภาคอื่น ประกอบกับเป็นพื้นที่ที่มีแหล่งสถานบริการเริงรมย์มีหญิงอาชีพพิเศษเป็นจำนวนมาก จึงทำให้มีการแพร่ระบาดและเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว จากการรายงานการเฝ้าระวังโรคเอชไอวี สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 3 ชลบุรี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีที่ได้รับการรักษาพยาบาลในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2543 พบจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีทั้งสิ้น 2,940 ราย ในจำนวนนี้ได้รายงานว่าเป็นชีวิตแล้วถึง 468 ราย (<http://www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm/indexaids.htm>) และมี

แนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ และดังได้กล่าวแล้วข้างต้น ครอบครัวยุคนี้เป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดที่จะทำหน้าที่ผู้ดูแลให้ความเข้าใจ ให้กำลังใจ ความยอมรับ และให้การดูแลอย่างใกล้ชิดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี เพื่อจะได้นำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนการพัฒนา และหารูปแบบที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวีในครอบครัวต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี พ.ศ. 2540 - 2544 เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายสถานการณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีในจังหวัดชลบุรี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในจังหวัดชลบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์ และรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ในการนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพและหารูปแบบที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทและมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวในโอกาสต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่า ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่ยังไม่ปรากฏอาการแสดง เริ่มปรากฏอาการ และมีอาการแสดงเป็นเอดส์เต็มขั้น

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่รับรู้ผลการวินิจฉัยของแพทย์ว่ามีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และเป็นผู้มีบทบาทให้การดูแลหลักแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมและลักษณะต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือ ในแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ในครอบครัว

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ โดยมีเอกสารเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

ศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control) ของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดความหมายของคำว่าเอดส์เป็นครั้งแรกใน พ.ศ. 2525 ว่าเป็นภาวะภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เสื่อมทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งบางอย่างได้ง่าย โดยที่ผู้ป่วยคนนั้นยังไม่สูงอายุเกินไปที่ภูมิคุ้มกันจะเสื่อม หรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันอยู่เดิม หรือเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบปฐมภูมิ (Primary Immune Deficiency) หลังจากมีการทดสอบแอนติบอดีเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา ได้นำผลการตรวจนั้น เข้ามาประกอบในการวินิจฉัยเอดส์ ด้วย โดยแบ่งเป็น 3 กรณี คือ กรณีที่ไม่มีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเอชไอวี กรณีที่แอนติบอดีต่อเอชไอวีให้ผลบวก และ กรณีที่แอนติบอดีต่อเอชไอวีให้ผลลบแต่นำที่จะเป็นเอดส์อยู่ โดยปรับปรุงความหมายของเอดส์ในปี พ.ศ. 2530 โดยกำหนดรายชื่อโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มะเร็งบางชนิด อาการทางจิตประสาท และอาการผอมแห้ง (Wasting Syndrome) ร่วมกับท้องร่วง ที่จะใช้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น โดยให้คำนิยามโรคต่าง ๆ และวิธีการตรวจวินิจฉัยไว้อย่างชัดเจน(สุรีพร ธนศิลป์ 2538 : 2)

โรคเอดส์ หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัส HIV (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เป็นผลให้ติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542: 1)

โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของเอดส์ว่า เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อมหรือบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์ เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนจะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของคนนั้นเสื่อมหรือบกพร่องจนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอป่วยเป็นโรคเรื้อรังและในที่สุดก็จะเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น (สุรศักดิ์ สุวานิชสกุล และคณะ 2541:3)

สรุปได้ว่า โรคเอดส์หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกการต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย เกิดภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ทำให้สามารถติดเชื้อโรคฉวยโอกาสได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ในที่สุด

การแพร่กระจายของเชื้อเอดส์

เชื้อเอดส์สามารถตรวจพบได้ในเลือด และสารคัดหลั่งต่างๆ ตลอดจนพบอยู่ในอวัยวะทั่วร่างกาย เข้าสู่ร่างกายทางเยื่อเมือกหรือผิวหนังที่มีบาดแผล ดังนั้นการแพร่เชื้อเอดส์จึงเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทางดังนี้

1. การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ เชื้อไวรัสสามารถแพร่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการรับเอาน้ำอสุจิหรือน้ำเมือกในช่องคลอด ของผู้ติดเชื้อเข้าไปในรอยแผลขณะมีเพศสัมพันธ์ อาจเป็นการแพร่กระจายในพวกร่วมเพศ รักต่างเพศ โดยขณะร่วมเพศมักมีรอยปริรอยถลอกที่อวัยวะเพศหรือทางทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลือง ซึมออกมาและเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้ ดังนั้นไม่ว่าเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ชายกับหญิง หรือการร่วมเพศระหว่างอวัยวะเพศชายกับทวารหนักหรือช่องคลอด ก็สามารถแพร่

เชื้อได้เท่า ๆ กัน จากการศึกษาพบว่า การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อโดยไม่มีกำบังเพียง 1 ครั้ง มีโอกาสติดเชื้อได้ร้อยละ 0.1 - 6

ขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันนั้นรุนแรงมากน้อยเพียงใด มีผลกามโรคหรือเลือดออกหรือไม่ (ประพันธ์ ภาณุภาค 2535:6)

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ซึ่งเกิดขึ้นได้โดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้ (วาสนา จันทรีดี 2540: 20-21)

2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี 1 ยูนิต จะมีโอกาสติดเชื้อเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ในปัจจุบันนี้เลือดทุกยูนิต ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยจะผ่านการตรวจแอนติเอชไอวี (anti-HIV) และ พี 24 แอนติเจน (p24 antigen)

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น โดยทำความสะอาดไม่ดี มีเลือดของผู้อื่นปนเข้าไปด้วย มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.1 - 1 ต่อการใช้เข็มร่วมกับผู้ติดเชื้อ 1 ครั้ง

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี ตาหรือบาด เช่นในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 0.2-1 และโอกาสที่จะติดจากใบมีดโกน เข็มสัก เข็มเจาะหู กรรไกรตัดเล็บนั้นมีโอกาสน้อยมาก (เพ็ญศรี ระเบียบ และคณะ 2537:15)

2.4 การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายอยู่แล้ว เนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะก่อนการผ่าตัด

3 การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก โรคเอดส์สามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ได้ตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด หรือระยะหลังคลอด โดยอาจผ่านทางเลือด รก สายสะดือ น้ำคร่ำและน้ำนม ซึ่งพบว่าทารกมีโอกาสรับเชื้อได้ร้อยละ 30-50 (สุรียพร ธนศิลป์ 2538 : 17)

อาการและความรุนแรงของโรคเอดส์

ผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์จะเกิดอาการต่าง ๆ ของโรคซึ่งมีได้ 3 ระยะดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542 : 16-18 , สุรพล สุวรรณกุล 2538 : 351-357)

ระยะที่ 1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic Stage) หรือระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใด ๆ เลย สุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอดส์ต่อไป ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนบางคนอาจอยู่ในระยะนี้ไป 5 - 10 ปี

ระยะที่ 2. ระยะเริ่มปรากฏอาการ (Symptomatic HIV Infection) ระยะนี้เดิมเรียกว่าระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือ ARC (Aids Related Complex) ระยะนี้ผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกและปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน เช่น

1. ต่อม้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 3 เดือน
2. น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว (มากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน)
3. อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ
4. มีฝ้าขาวในปากและในลำคอ
5. มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
6. มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่รุกราม
7. วัณโรคชนิดไม่แพร่กระจาย

ระยะนี้อาจอยู่นานเป็นเดือนหรือเป็นปีจึงจะเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป

ระยะที่ 3. ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full Blown AIDS) หรือโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายคนปกติได้ เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีหลายชนิด แล้วแต่จะมีการติดเชื้อชนิดใด อาการแสดงที่พบจึงเป็นได้หลายแบบทุกระบบทั่วร่างกาย แล้วแต่ว่าจะเป็นการติดเชื้อในระบบใด ดังนี้

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ เรื้อรัง หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก และมักพบการอักเสบของปอด เนื่องจากเชื้อราที่เรียกว่า นิวโมซิสติส แครินิอาอยน์ (Pneumocystis Carinii) ได้มากที่สุดถึงร้อยละ 51 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์

2. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเดินเรื้อรัง จากการติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดในคนทั่วไป อาจพบอาการคลื่นอาหารลำบาก จากการติดเชื้อราที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดา (Candida) ในช่องปาก ทำให้ฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิล

3. การติดเชื้อในระบบประสาทหรือเรียกว่าเอดส์ ดีเมนเทีย คอมเพล็กซ์ (AIDS Dementia Complex) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายและไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืม ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า อาจมีอาการแขนขาชา หรืออัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุกและมีอาการทางสมอง ซึ่งกลุ่มนี้จะพบได้ในระยะสุดท้ายของโรคประมาณ ร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอดส์

นอกจากนี้อาการทั่วไปที่พบได้บ่อย เช่น ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกาย อ่อนเพลียมาก น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว มีไข้ เป็นเรื้อรังหรือเป็นระยะรุนแรงหรือเป็นเรื้อรัง หรือเกิดเป็นมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) มะเร็งหลอดเลือดฝอยที่เรียกว่า คาร์โบซี ซาโคมา (Kaposi's Sarcoma) ซึ่งจะเห็นเป็นตุ่มหรือผื่นสีม่วงตามผิวหนัง บริเวณลำตัว ใบหน้า ศีรษะ และแขนขา เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี ที่สามารถติดต่อได้โดยการสัมผัสเชื้อโดยตรงหรือทางอ้อม ได้แก่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือด และจากมารดาสู่ทารกเมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่ง จากนั้นเมื่อจำนวนเชื้อไวรัสมีจำนวนมากขึ้นจะไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้เสื่อมลง ซึ่งอาการความรุนแรง การดำเนินของโรคจะเริ่มตั้งแต่ ระยะไม่ปรากฏอาการ ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ จนกระทั่งเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ทำให้ร่างกายสามารถติดเชื้อโรคฉวยโอกาสชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเสียชีวิตลงในที่สุด

การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

ในปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาเป็นเพียงยับยั้งไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้น หรือเป็นการรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบ เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวไปอีกระยะหนึ่ง การรักษาในปัจจุบันได้แก่

1. การดูแลรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน (ประพันธ์ ภาณุภาค 2535:119)

1.1 การรักษาตามอาการ เช่น รักษาอาการไข้ อาการท้องเสีย เป็นต้น

1.2 การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย ได้แก่

1.2.1 การติดเชื้อโปรโตซัว ได้แก่

นิวโมซิสติส แครคิเนีย นิวโมเนีย เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด จะมีอาการไอ หายใจสั้น ๆ ตื่น ๆ การรักษาโดยใช้ยา ไตรเมโทพริม ซัลฟาเมโทซาโซล (Trimethoprim-sulfamethoxazole) ไตรเมโทพริม แดปโซล (Trimethoprim - dapsone) หรือเพนทามิดีน (Pentaminidine)

ท็อกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ซึ่งเป็นโรคสมองอักเสบ จะมีอาการปวดศีรษะ ไข้ จิตแปรปรวน ระบบประสาททบกพร่อง อาการชัก รักษาโดยใช้ยา ซัลฟาไดอะซีน (Sulfadiazine) ไพริเมทามีน (Pyrimethamine)

การติดเชื้อคลิพโตสปอริไดโอซิส (Cryptosporidiosis) จะมีอาการติดเชื้อที่ลำไส้ ทางเดินน้ำดี ระบบทางเดินหายใจ อาการถ่ายเหลว อาเจียน การรักษายังไม่มียาเฉพาะเจาะจง จึงเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น การให้น้ำเกลือ หรือ อิเล็กโทรไลต์

1.2.2 การติดเชื้อรา ได้แก่

แคนดิไดโอซิส (Candidiasis) ทำให้มีอาการเป็นฝ้าขาวที่ลิ้น ทำให้กลืนอาหารลำบาก การรักษาโดยใช้ยา ไนสตาทีน (Nystatin) โคโรไตรมาโซล (Cotrimazole) หรือ ดีโทรโคนาโซล (Detomazole)

คริปโตค็อกคัส (Cryptococcus) ทำให้เกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีอาการปวดศีรษะ มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน การรักษาโดยใช้ยา ฟลูโคนาโซล (Fluconazole)

1.2.3 การติดเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่

มัยโครแบคทีเรีย เอเวียม อินทราเซลล์ลูลาร์ คอมเพล็กซ์ (mycobacterium avium intercellular complex) ทำให้มีการติดเชื้อในปอด ตับ ม้าม ต่อม้ำเหลือง ไชกระดูก ประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย การรักษาโดยใช้ ยา 3 หรือ 4 ชนิดร่วมกัน เช่น อะมิกาซีน (Amikacine) อีแทมบูทอล (Ethambutol) โครฟาร์ซิมีน (Clofazimine) ไรแฟมพรีน (Rifampin) เป็นต้น

มัยโครแบคทีเรีย ทูเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) พบ ได้ประมาณ ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย อาการคือ มีไข้ น้ำหนักลด ไอ การรักษาโดยใช้ยา 3 หรือ 4 ชนิดร่วมกัน ได้แก่ ไอโซไนอะซิด (Isoniazid) ไรแฟมพรีน อีแทมบูทอล ไพราซินามิด (Pirazinamide) สเตรปโตมัยซิน (Streptomycin)

1.2.4 การติดเชื้อไวรัส ได้แก่ เฮอร์ปีส ซิมเพล็กซ์ ไวรัส (Herpes simplex virus) มีอาการเป็นแผลหรือผื่นที่ผิวหนัง การรักษาโดยใช้ยา โซไวแอกซ์ (Zovirax)

1.3 การรักษาโรคมะเร็ง ที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งหลอดเลือดได้ผิวหนัง การรักษาทำได้โดยการผ่าตัด การใช้ความเย็น การฉายแสง หรือเคมีบำบัด

1.4 การให้ยาด้านเชื้อไวรัส เอชไอวี ได้แก่ เอแซดที (AZT) หรือ ไซโดวูดีน (Zidovudine) หรือ ซีดิวี (ZDV) ฤทธิ์ของยาทำหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี ผลข้างเคียงที่รุนแรงคือ การกดไขกระดูก ทำให้มีการการขีดและเม็ดเลือดต่ำ ดีดีไอ (DDI) หรือ ไดดีออกซิไอนีน (Dideoxyinosine) มีฤทธิ์ต่อต้านเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับ เอแซดที พบอาการข้างเคียงกดไขกระดูกน้อยกว่า แต่อาจทำให้เกิดการปวดที่ปลายประสาทส่วนปลาย ตับอ่อนอักเสบได้ ซัลซิบิน (Zalcitabine) หรือ ดีดีซี (DDC) สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี รุนแรง และใช้ร่วมกับ เอแซดที สตาร์วูดีน (Stavudine) หรือ ดีโฟที (D4T) เป็นต้น

1.5 การให้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เนื่องจากการที่ภาวะภูมิ ต้านทานของผู้ติดเชื้อเอดส์ลดต่ำลง จึงมีผู้พยายามใช้ยาเพื่อเพิ่มหรือกระตุ้นให้มีภูมิ ต้านทาน ยาที่ใช้ เช่น ไธมิก ฮอร์โมน (Thymic hormone) ซิเมทีดีน (Cimetidine) อิมมูทิ ออล (Imuthiol) ดานาโซล (Danazol) เป็นต้น

1.6 การรักษาสภาพทางจิตใจ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ มักประสบปัญหาทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก การช่วยเหลือที่ให้ ได้แก่ การสังคมสงเคราะห์ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค อาชีพ การบำบัดรักษายาเสพติด และการให้คำแนะนำทางการแพทย์และสังคม เช่น การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยการให้คำปรึกษา เป็นต้น

2. การดูแลรักษาสภาพด้วยทางเลือกอื่น (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542 : 19)

2.1 การส่งด้านโภชนาการให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ อาหารเสริม อาหารจากธรรมชาติ อาหารปลอดสารพิษ

2.2 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.3 การฝึกบริหารจิต ได้แก่ การปฏิบัติสมาธิ การทำจิตบำบัด เพื่อให้ผู้มีปัญหาเข้าใจตนเอง หาทางออกได้ และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีสติ

2.4 การใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย

2.4.1 สมุนไพรที่นำมาใช้ในการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ สมุนไพรที่มีฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอดส์ ได้แก่ มะระ ฟ้าทะลายโจร กระเทียม พลูดาว ลูกใต้ใบ เป็นต้น สมุนไพรที่ช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ได้แก่ เห็ดหลินจือ ฟ้าทะลายโจร โสม กระเทียม เป็นต้น และสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต่อเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ฝรั่ง ขมิ้น ข่า เป็นต้น

2.4.2 การแพทย์แผนไทย เป็นการรักษาแบบองค์รวม คือ การรักษาสมดุลของร่างกายของธาตุทั้งสี่

2.4.3 ธรรมชาติบำบัด เป็นการผสมผสานวิธีการรักษาหลายอย่าง เช่น การใช้สมุนไพร อาหารเสริม ผังเข็ม การนวด โยคะ

2.4.4 ชีวจิต เป็นการบริโภคอาหารที่เรียบง่าย ปลอดสารพิษ แต่ให้คุณค่ากับการรักษาความสงบทางด้านจิตใจ

2. การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน

หน่วยงานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานบริการด้านการรักษาพยาบาล หรือหน่วยงานให้บริการด้านสังคมเศรษฐกิจ นอกจากการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ในสถานบริการต่าง ๆ แล้ว ยังสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอชไอวี และครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลกันเองที่บ้าน โดยมีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และสามารถที่จะพัฒนาครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติตามสมควร

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีที่บ้าน

สมาชิกที่อยู่ในบ้านเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี เป็นผู้ที่สามารถจะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้ที่จะให้การดูแลนี้ควรแสดงความเอื้ออาทร ยอมรับ เข้าใจ และยินดีให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีอยู่ในครอบครัวได้ตามปกติ ผู้ดูแลควรรับรู้ปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและควรเตรียมตัว ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2540 : 4)

1. ทุกคนในครอบครัวควรรับรู้และเข้าใจเรื่องโรคเอชไอวีเป็นอย่างดี โดย อ่านจากเอกสาร หนังสือต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคเอชไอวี สนใจติดตามข่าวสาร ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอชไอวี อยู่เสมอ
2. ควรรู้วิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อมีอาการ เช่น เมื่อมีไข้ ควรเช็ดตัว
3. มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในครอบครัวควรมีการปรึกษาหารือกัน โดยควรยึดหลัก การเอาใจเขามาใส่ใจเรา และร่วมกันแก้ปัญหา
4. รู้แหล่งที่จะขอคำปรึกษาและเป็นที่ยึดพึ่งทางใจ เมื่อรู้สึกท้อแท้และทนสภาพที่เป็นอยู่ไม่ไหว

5. การเตรียมครอบครัวสำหรับปัญหาด้านการเงิน เพื่อเตรียมไว้เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนอาจเกิดปัญหารายได้ลดลงจากการทำงานได้ไม่เต็มที่ หรืออาจเกิดการว่างงาน ควรมีการวางแผนการใช้จ่ายเงินอย่างประหยัด การพยายามหางานทำ หรือต้องศึกษาหาข้อมูลเพื่อขอความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การหางานทำ เมื่อเกิดปัญหา

หลักของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

สุพัตร อติโพธิ์ (2541) ได้กล่าวถึงหลักของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย
2. การดูแลด้านจิตใจ
3. การดูแลด้านสังคม
4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ
5. การดูแลผู้ดูแล
6. ความลับ

การดูแลด้านร่างกาย

บุคคลในครอบครัวมีโอกาสติดเชื้อ จากผู้ติดเชื้อเอดส์ได้น้อยมาก ดังนั้นการได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเพิ่มความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างปลอดภัย ข้อควรปฏิบัติของบุคคลในครอบครัวควรปฏิบัติดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2542: 31-32, สำนักนายกรัฐมนตรี และ ราชแพทยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย มปป.47)

1. การป้องกันการแพร่เชื้อ

1.1 การล้างมือเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อ ควรล้างมือด้วยน้ำสบู่และน้ำสะอาดทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย นอกจากนี้ควรตัดเล็บให้สั้นและดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ

1.2 ควรสวมถุงมือทุกครั้งสัมผัสกับเลือด บาดแผล หรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลือง หรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ ของผู้ติดเชื้อ เช่น เมื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในการเข้าห้องน้ำ

ควรสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อไม่แน่ใจว่ามีบาดแผลที่มือหรือไม่ เมื่อใช้ถุงมือแล้วควรถอดถุงมือทิ้งไปและล้างมือให้สะอาด ถุงมือควรทิ้งในภาชนะที่แยกต่างหากเพื่อไม่ให้มีการนำกลับมาใช้ใหม่ ถ้าไม่แน่ใจว่าจำเป็นต้องสวมถุงมือในสถานการณ์ใด ให้สวมถุงมือไว้ก่อน

1.3 เมื่อทำความสะอาดเลือดหรือสารคัดหลั่ง เช่น น้ำเหลืองจากผู้ป่วย หรือ ภายหลังจากทำความสะอาดในบริเวณที่เปราะเปื้อนสิ่งสกปรก หรือเมื่อสัมผัสกับเสื้อผ้า เครื่องใช้ที่เปื้อนสารคัดหลั่ง หรือเมื่อทำความสะอาดบริเวณที่อาจเปราะเปื้อนน้ำคัดหลั่งของผู้ป่วย ควรสวมผ้ากันเปื้อนและถุงมือทุกครั้ง ถุงมือ ผ้ากันเปื้อน ตลอดจนภาชนะใด ๆ ที่สัมผัสสารคัดหลั่งใด ๆ ของผู้ป่วย ควรใส่ภาชนะที่แยกไว้ต่างหาก ถ้าใช้ถุงใส่ของควรใส่ 2 ชั้น นำไปทิ้งไว้ในถังขยะที่ระบุว่าจะติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่ไปสู่บุคคลอื่น

1.4 เสื้อผ้า ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนของผู้ติดเชื้อ ที่มีการเปื้อนสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อ ควรแยกซักต่างหาก ควรสวมถุงมือเวลาสัมผัส และควรนำมาแช่ในน้ำผสมน้ำยาซักผ้าขาวเสียก่อนประมาณ 30 นาที แล้วจึงนำไปซักตามปกติ และนำไปตากแดดให้แห้ง

1.5 ในกรณีที่ต้องทำความสะอาด ปัสสาวะ อุจจาระ อาเจียน หรือพื้นห้องที่เปราะเปื้อนน้ำคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อควรใส่ถุงมือและผ้ากันเปื้อน ใช้ผ้าหรือกระดาษชำระเช็ดบริเวณที่เปราะเปื้อนนั้น แล้วถุงพลาสติกเพื่อนำไปทำลาย จากนั้นเช็ดถูบริเวณนั้นด้วยน้ำยาเช็ดพื้น อาจถูซ้ำอีกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วทิ้งไว้ให้แห้ง ถ้าเป็นผ้าหรือสิ่งของเครื่องใช้ที่สัมผัสสารคัดหลั่งต่าง ๆ ควรใช้น้ำยาซักฟอกขาวผสมน้ำ น้ำยา 1 ส่วนต่อน้ำ 9 ส่วน ทำความสะอาดผ้า เครื่องใช้ และบริเวณที่เปื้อน

1.6 ถ้าต้องฉีดยาให้ผู้ติดเชื้อ ไม่ควรสวมปลอกเข็มเข้ากับเข็มหลังฉีดยา เพราะอาจตำมือได้และอย่าพยายามถอดเข็มฉีดยาออกจากกระบอกฉีดยา ควรทิ้งเข็มและกระบอกฉีดยาลงในภาชนะที่เตรียมไว้ นำไปเผาทำลาย ในกรณีที่ถูกเข็มฉีดยาดำ ควรล้างแผลด้วยน้ำกับสบู่ให้สะอาดและรายงานให้แพทย์ทราบทันที

1.7 ห้องน้ำและห้องส้วม ทุกคนในบ้านสามารถใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ แต่ควรมีการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ ในการทำความสะอาดควรสวมถุงมือและใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ หรืออาจใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เครื่องใช้ในห้องน้ำที่ควรแยกไว้สำหรับทุกคนเป็นการเฉพาะ ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน และที่โถงหนวด เป็นต้น

1.8 งานขามและเครื่องใช้ในครัว ไม่จำเป็นต้องแยกเครื่องใช้ในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ แต่ควรล้างให้สะอาดผึ่งให้แห้งทุกครั้งก่อนนำมาใช้เสมอ การรับ

ประทานอาหารจากสำรับเดียวกัน ควรใช้ช้อนกลางทุกครั้งเพื่อสุขอนามัยที่ดี และป้องกันการติดเชื้อโรกระบบทางเดินอาหาร

1.9 ควรใส่ผ้าปิดปากและจมูกไว้เมื่อผู้ดูแลเป็นหวัด ไอ หรือจาม

2. การดูแลความสะอาดร่างกาย

2.1 การดูแลปากและฟันของผู้ป่วยให้สะอาดจะช่วยป้องกันเชื้อโรคได้ ควรดูแลความสะอาดของช่องปากและฟันภายหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนตื่นนอนและก่อนเข้านอน ในกรณีที่มีแผลในช่องปาก ควรใช้น้ำยาบ้วนปากหรือน้ำยาป้ายปาก ภายหลังรับประทานอาหาร และถ้าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ให้ช่วยทำให้

2.2 การอาบน้ำ การอาบน้ำทำความสะอาด เพื่อช่วยให้ผิวหนังสะอาด ทำให้รู้สึกสดชื่น และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ควรเช็ดตัวบนเตียงด้วยน้ำและสบู่ ทาแป้ง พร้อมเปลี่ยนเสื้อผ้าให้สะอาด

3. การดูแลด้านโภชนาการ

ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ จะมีน้ำหนักตัวลดลงได้ โดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของโรค การที่น้ำหนักตัวลดลงจะทำให้มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการติดเชื้อฉวยโอกาสทำให้อาการของโรคแย่ลง ในระยะท้ายของโรคอาจมีอาการท้องเสีย รับประทานอาหารไม่ได้ การให้อาหารที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยรักษาระบบภูมิคุ้มกันโรคได้

3.1 อาหารที่เหมาะสมได้แก่ อาหารหลัก 5 หมู่ ควรมีการบันทึกรายการอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ทั้งนี้เพื่อได้ทราบถึงปริมาณอาหารที่ได้รับตลอดจนทราบอาการข้างเคียง เช่น อุจจาระ อาการแพ้ คลื่นไส้ อาเจียน

3.2 น้ำ นับว่ามีความจำเป็นมากถ้าได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ถ่ายปัสสาวะน้อยลง มีปัญหาในการขับของเสียออกจากร่างกาย น้ำมีส่วนช่วยรักษาสสมดุลของร่างกายทำให้เซลล์ต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติ

3.3 การเตรียมอาหารที่ถูกต้องสุลักษณะและระมัดระวังความสะอาด จะป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ติดเชื้อจากอาหารได้

3.4 ไม่ควรรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ดิบ ๆ เช่น ปลา เบ็ด ไก่ เนื้อ หอย เพราะอาจทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย

4. การดูแลตามอาการ

4.1 ปวดศีรษะ และอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น อาการปวดศีรษะอาจเกิดได้จากเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ปวดแขนขา จากเส้นประสาทอักเสบ ญาติควรให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยทำจิตใจให้สบาย หายใจลึก ๆ ช่วยให้ผ่อนคลาย การปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล ช่วยบิบนวด ช่วยพลิกตัวหรือให้มีการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ และการให้ยาระงับปวดโดยไม่ต้องรอให้มีอาการปวดมาก ได้แก่ ยาพาราเซตามอล 2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง

4.2 ไข้ เมื่อมีอาการไข้สามารถช่วยได้โดยการเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดที่หน้าผาก หน้าอก ลำตัว ซอกรักแร้ ข้อพับ ให้ดื่มน้ำมาก ๆ และให้ยาลดไข้ และถ้ามีอาการไข้สูงมาก หรือมีอาการมาหลายวัน ให้น้ำหนักลด คอแข็งหมดสติ ตาเหลือง ควรรีบพาไปพบแพทย์ทันที

4.3 ท้องเสีย หมายถึง การถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งใน 1 วัน บางครั้งอาจมีการถ่ายเป็นมูกเลือด มีกลิ่นเหม็นเน่า หรือมีอาการท้องเสียเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ ควรให้การช่วยเหลือโดยการ ให้ดื่มน้ำทดแทน ได้แก่ น้ำเกลือแร่ น้ำชา น้ำข้าวต้ม ถ้ามีอาการคอแห้งกระสับกระส่าย ซึม ควรรีบนำส่งแพทย์

4.4 คลื่นไส้ อาเจียน ควรให้มีการหลีกเลี่ยงการสัมผัสกลิ่นอาหารแรง ๆ ให้ดื่มน้ำชาอ่อน ๆ หรือน้ำเกลือแร่ และการให้ยาแก้อาเจียน

4.5 ใจและหายใจลำบาก ให้ สังเกตอาการไอบว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น ไอบแห้ง ๆ ไอบมีเสมหะ เป็นเลือดหรือหนอง อาจมีอาการไข้ เหนื่อยหอบ ร่วมด้วย ควรรีบนำส่งแพทย์

4.6 เหนื่อยและอ่อนเพลีย ซึ่งพบได้ตั้งแต่อาการน้อยจนถึงมาก ควรดูแลโดยการให้อาหารที่มีคุณค่า อาจให้วิตามิน หรืออาหารเสริมร่วมด้วย ให้มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ระงับอุบัติเหตุ ไม่ควรทิ้งผู้ป่วยไว้โดยลำพัง และช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร

4.7 ผื่นคัน เป็นแผลที่ผิวหนัง แนะนำไม่ให้แกะเกาตุ่มคัน พยายามตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ ถ้ามีแผล ให้ใช้น้ำสุกหรือน้ำเกลือล้างแผลเช็ดคราบหนอง และใช้แอลกอฮอล์ 70 % เช็ดรอบ ๆ แผล รักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าให้สะอาด

4.8 อาการลิ้นเป็นฝ้าขาว แผลในปาก ให้ใช้ไม้พันสำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุก เช็ดฝ้าในปากออกบ่อย ๆ ใช้น้ำเกลือเจือจางอมบ้วนปากบ่อย ๆ ให้ดื่มน้ำมาก ๆ รับประทานอาหารอ่อน รสไม่จัด ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ควรพาไปพบแพทย์

5. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการตายส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาส จุดประสงค์ของการดูแลระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจให้มากที่สุด และให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย โดย

- 5.1 จัดทำที่นอนให้รู้สึกสบาย ดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ
- 5.2 ถ้าผู้ป่วยผอมมาก ๆ ให้ใช้หมอนนุ่ม ๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก
- 5.3 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตัวเองได้ให้พลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ป้องกันแผล

กดทับ

- 5.4 ช่วยทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การแปรงฟัน
- 5.5 จัดเตรียมและกระตุ้นให้ได้รับอาหารเพียงพอ
- 5.6 ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ โดยการบีบนวดตามร่างกายด้วยความนุ่มนวล
- 5.7 ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

การดูแลด้านจิตใจ

ครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ครอบครัวควรปฏิบัติดังนี้(กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข2540:9-12)

1. คอยดูแลเอาใจใส่และสังเกตอารมณ์ความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์อยู่เสมอ
2. สร้างความรู้สึกที่ดีภายในบ้าน เช่น กินข้าวด้วยกัน ดูทีวี ด้วยกัน
3. แสดงความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ โดยใช้คำพูดท่าทาง เช่น การจับมือ โอบกอด เพื่อให้กำลังใจ เมื่อรู้สึกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รู้สึกเศร้า ท้อแท้
4. ควรระมัดระวังคำพูดที่อาจจะกระทบกระเทือนต่อความรู้สึก ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้ง่าย เช่น การพูดตำหนิเรื่องการติดเชื้อ
5. รับฟังคำพูด ความอัดอั้นตันใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพื่อให้เขาได้ระบายความรู้สึกอารมณ์
6. ควรมีการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า คนใกล้ชิดยังให้ความรักใคร่เขาอยู่ตลอดเวลา

การดูแลด้านสังคม

การสังคมกับ ผู้ติดเชื้อ ไม่มีข้อห้ามใด ๆ ในการคบหาสมาคมกับผู้ติดเชื้อ และไม่
ควรแสดงอาการรังเกียจ การจับมือ ถูกเนื้อต้องตัวตามปกติไม่ทำให้ติดเชื้อ

การดูแลด้านจิตวิญญาณ

การดูแลควรมีจุดศูนย์กลางอยู่ที่ในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยใกล้ตายมักจะหันเข้าหา
ศาสนา ผู้ดูแลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดี ภาพลักษณ์ที่ดีและความรู้สึกประทับใจให้กับผู้ป่วย
การดูแลด้านจิตวิญญาณ จะต้องดูแลและเป็นเพื่อนกับผู้ป่วยจนถึงวาระสุดท้าย ให้พบพระ
หรือนักบวช ผู้นำทางศาสนา ตามความเชื่อของผู้ป่วย เป็นการให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ
จะทำให้รู้สึกปลงได้มากขึ้น

การดูแลผู้ดูแล

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่บุคคลที่บ้าน ผู้ดูแล
อาจเป็นบุคคลคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือผู้ดูแล
อาจเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ

นอกจากนี้ยังอาจจำแนกผู้ดูแลตามระดับความช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแล
หลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อ
เนื่องมากกว่าผู้อื่น อีกประเภทหนึ่ง คือผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการ
ให้ดูแล อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่างแต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น การให้
การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแล
เท่านั้น (วรรณรัตน์ ลาวัง , 2543 : 130)

ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ให้แก่ผู้ป่วยได้แก่

1. การดูแลโดยตรงทั้งทางร่างกายทางอารมณ์จิตใจ เช่น การดูแลทำกิจวัตรประจำ
วัน การรักษาความสะอาด รับประทานอาหาร เตรียมของเครื่องใช้ การดูแลตามกิจกรรมการ
รักษา เช่น การทำแผล เปลี่ยนน้ำยา จัดยาให้รับประทาน รวมถึงการดูแลให้กำลังใจ ปลอบ
ใจ ประคับประคองจิตใจให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อยู่เป็นเพื่อน เป็นต้น

2. การดูแลระหว่างบุคคล เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรทางสุขภาพอื่น ๆ เพื่อรักษา ประสานงาน ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น มีส่วนช่วยในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ เช่น การติดต่อกับแพทย์ พยาบาล การติดต่อแสวงหาความช่วยเหลือ เลือกรักษา และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัว

3. การดูแลทั่วไป เป็นการดูแลอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมา ได้แก่ รับผิดชอบดูแลทำงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกบ้าน รับผิดชอบต่อรักษาและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว เป็นต้น

ภาวะการดูแล หมายถึง ปัญหาหรือผลกระทบต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ที่ผู้ดูแลได้รับอันเกิดจากการดูแล เป็นความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลของผู้ป่วย กับความสามารถในการให้การดูแลของผู้ดูแล ผลกระทบมีทั้งด้านบวกหรือผลดี ได้แก่ ความพึงพอใจ ความภูมิใจ มีความสามารถรับผิดชอบได้มากขึ้น เปรียบเสมือน "รางวัลแห่งการดูแล" และผลกระทบที่เป็นด้านลบหรือผลเสีย ได้แก่ ความเครียด (stress) จากการที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ๆ ความเหนื่อยล้า (burn out) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ เริ่มมีความเหนื่อยล้าทางกายและอารมณ์ การไม่เห็นคุณค่า ความเป็นตนเองมีเจตคติทางลบต่อภาวะการดูแล และ ความรู้สึกทำงานหรือกิจกรรมไม่ประสบผลสำเร็จ และผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ทั้งต่อปัญหาด้านร่างกาย เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย ร่างกายถดถอยและมีโอกาสติดโรคได้ ผลกระทบต่อด้านจิตใจ ได้แก่ หมดพลังในการทำงาน ไม่พอใจในการทำงาน มองโลกในแง่ร้าย เบื่อ เหน่า เป็นต้น

การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน มีความสำคัญอย่างยิ่ง การดูแลที่บ้านน่าจะให้ความสำคัญกับแนวคิดการดูแลตนเองที่บ้าน (self care at home) ซึ่งในบ้านหนึ่งหลังน่าจะมีผู้ให้การดูแล 1 คน (สมทรง รัชเฝ้า, 2543) ดังนั้นในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ซึ่งเป็นโรคที่มีระยะพักตัวนาน และมีอาการแทรกซ้อนหลายระบบ หลายอาการ ดังนั้นภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นภาระที่ยาวนาน ผู้ดูแลเองก็มีความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ควรกำหนดขอบเขตของสิ่งที่ควรทำ และระยะเวลาของกิจกรรมที่ควรทำ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเป็นทั้งรางวัล และการท้าทาย

ความลับ

เอดส์เป็นโรคที่มีการให้ค่า มีตราบาป ควรจะระมัดระวังเรื่องความเสียหายจากการเปิดเผยผลการวินิจฉัย ปละการเปิดเผยเรื่องเพศสัมพันธ์ ควรระมัดระวังคำพูดเกี่ยวกับผู้อื่น ถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ยกเว้นการพูดคุยที่จะเกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชื่นจิตต์ เพชรชาติ และคณะ (2537) ได้สำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน โดยศึกษาผู้ติดเชื้อ 213 คน และครอบครัว 60 ครอบครัว พบว่า ผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความต้องการในเรื่องกำลังใจ การดูแลเอาใจใส่อย่างไม่รังเกียจจากแพทย์ พยาบาล และญาติพี่น้องมากที่สุด ส่วนความต้องการการอบรมเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง การคุ้มครองสิทธิและการให้ความร่วมมือทางสังคมอยู่ในระดับมาก ครอบครัวต้องการการอบรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับมาก และ ร้อยละ 53.5 ผู้ติดเชื้อและครอบครัวไม่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้าน

จิตรา เจริญภัทรภัสส์ (2537) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลบำราศนคราตุร โดยศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ด้านความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวส่วนมากเห็นใจและยอมรับผู้ป่วย และยังเห็นว่าผู้ป่วยยังมีความสำคัญต่อครอบครัว แต่สัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลงบ้าง แต่ส่วนมากยังยินดีและมีความสุขเมื่อผู้ป่วยได้กลับมาอยู่บ้าน ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกในครอบครัว พบว่าครอบครัวยังคงช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น หรือมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ของครอบครัวได้เหมือนเดิม แต่ส่วนมากยังไม่กล้าเปิดเผยต่อชุมชนว่าครอบครัวมีผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ดวงสมร พันธุ์เสน และคณะ (2539) ได้กล่าวถึงบทบาทผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัวและในชุมชน ว่า การดูแลผู้ป่วยเอชไอวีที่อาการไม่ มากอยู่กับบ้าน และได้รับการดูแลจากญาติเป็นสิ่งที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสังคม ผู้ดูแลจะได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการต่าง ๆ ได้แก่

1. การให้กำลังใจและความอบอุ่น
2. ให้ความเอาใจใส่ของผู้ดูแลในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ทำความสะอาดร่างกาย
3. การพูดคุยปรับทุกข์หรือคุยแก้เหงาแก้เหงา
4. การให้ยาพื้นฐาน แม้ไม่หายแต่ช่วยบรรเทาอาการหรือให้กำลังใจดีขึ้น
5. มีผู้มาเยี่ยมเยียน

วรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2540) ศึกษาความเครียดและวิธีการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอชไอวี พบว่า ครอบครัว ประเมินเหตุการณ์โดยรวมว่าก่อให้เกิดความเครียดระดับปานกลาง เหตุการณ์ที่ครอบครัวประเมินว่าเครียด 5 อันดับแรก ได้แก่ การที่ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อการดูแลรักษา การเห็นผู้ป่วยทุกข์วิตกกังวล การกลัวผู้อื่นรังเกียจถ้าทราบว่าผู้ป่วยเป็นเอชไอวี การได้เห็นผู้ป่วยมีอาการของโรค และการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ วิธีการเผชิญความเครียดเน้นการแก้ปัญหาที่ครอบครัวใช้ 5 อันดับแรกได้แก่ เชื่อมมั่นไว้วางใจในความสามารถการรักษาของแพทย์ การปรึกษาหารือกันในครอบครัวเกี่ยวกับอาการการดูแลรักษาผู้ป่วย พยายามติดตามข่าวคราวเกี่ยวกับโรค ขอความช่วยเหลือจากญาติหรือเพื่อนเกี่ยวกับสิ่งของ ค่าใช้จ่ายในการช่วยเหลือดูแลสมาชิกในครอบครัว และ ขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายหรือสิ่งของจากรัฐบาลหรือองค์กรเอกชน

หัตตดาว ลออโรจน์วงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากสตรี ผู้นำสตรี และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก สามารถทำใจยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ให้อยู่ร่วมกันในครอบครัวและท้องถิ่นได้ และมีข้อคิดเห็นที่น่าสนใจของสตรีทั่วไปและผู้นำสตรีจำนวนไม่น้อย มีความเห็นว่า ทางโรงพยาบาลของรัฐชื้อดยาให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ตายเร็วขึ้น รวมทั้งแพทย์และพยาบาลแสดงอาการรังเกียจ บางคนใช้วาจาเสียดสีดูหมิ่นผู้ติดเชื้อและครอบครัว

ซึ่งคณะผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า ความเห็นเหล่านี้เกิดจากความเข้าใจผิด ซึ่งเป็นเรื่องเร่งด่วนที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ต้องรีบดำเนินการแก้ไข

มาโทคา (Matocha ,1992 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ชุณหปาดและคณะ 2539 :26) ได้ทำการวิจัยผลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวอเมริกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 8 ครอบครัว โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในเรื่อง ความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม จิตใจ การดูแลสุขภาพตนเอง การต้องการผู้มาอยู่เป็นเพื่อน การทำสมาธิ ต้องการระบบสนับสนุนนอกเหนือจากการสนับสนุนครอบครัว และมีความต้องการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น อีกอย่างหนึ่ง

สเททท์และบราวน์ (Stetz and Brown, 1997 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ชุณหปาด และคณะ 2539 :28) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลผู้ป่วยมาไม่ต่ำกว่า 4 เดือน จำนวน 26 ครอบครัว พบว่า บทบาทของผู้ดูแลประกอบด้วยกลยุทธ์ ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บป่วย การเผชิญหน้าและเตรียมพร้อมเกี่ยวกับความตาย การจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านผลกระทบจากการดูแลได้แก่ การตระหนักถึงความแข็งแกร่งภายในตนเอง ความทุกข์ทรมานของตนเอง ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์นั้นประกอบด้วย การตอบสนองต่อปฏิกิริยาของครอบครัว การไม่ได้รับความสะดวกจากระบบบริการสาธารณสุข จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแล จะต้องอุทิศชีวิตส่วนใหญ่ของตนในการดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วย ได้รับความทรมานและเฝ้าดูคนที่รักกำลังถึงแก่ชีวิต แต่บางคนมองว่าการมีประสบการณ์เช่นนี้ทำให้เกิดความแข็งแกร่งภายในตนเอง

156167

จากการทบทวนเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นในการศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ โดยการวิจัยเชิงคุณภาพจะช่วยให้ทราบว่าครอบครัวได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์อย่างไร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนการพัฒนาและหารูปแบบที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตสูงสุดตามศักยภาพต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามประเด็น และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติว่า

1. เป็นบุคคลในครอบครัวที่รับรู้ผลการวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบันว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
2. มีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแลหลักแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
3. ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษานี้

คัดเลือกตัวอย่างซึ่งในการศึกษานี้เรียกว่า ผู้ดูแล จำนวนครอบครัวละ 1-2 คน ตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คือเก็บข้อมูลจนข้อมูลที่ได้รับมีความอิ่มตัว (saturation of data) ไม่มีสาระเพิ่มเติมขึ้น ข้อมูลที่ได้รับใหม่มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลในช่วงที่ผ่านมา และครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล รวมเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน ในเวลาตั้งแต่เดือน เมษายน 2543 ถึง กันยายน 2543 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (interview guidelines) และการสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ (observe as participant) เพื่อสังเกตพฤติกรรม สภาพสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล และเหตุการณ์ในลักษณะที่สำคัญ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. แนวทางการสัมภาษณ์ เป็นแนวคำถามสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิดจำแนกเป็นประเด็นกว้าง ๆ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความรู้สึกนึกคิด แสดงความเห็นได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแนวคำถามได้มาจากการรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามจากเนื้อหาและแนวคำถาม จากตำรา เอกสาร บทความ รายงานการวิจัยต่าง ๆ โดยสร้างให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอชไอวี จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาที่ทราบการติดเชื้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอชไอวี ได้แก่ กิจกรรมการดูแลที่ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอชไอวี ความต้องการความช่วยเหลือ ความคาดหวังของผู้ดูแล ผลกระทบที่มีต่อผู้ดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี การมีส่วนร่วมของสมาชิกอื่นในการดูแล ความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสังเกต ใช้ในการสังเกตพฤติกรรมกิจกรรม สภาพแวดล้อมสัมพันธภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเหตุการณ์ในลักษณะที่สำคัญ

2. อุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง สมุดบันทึกเพื่อใช้ในการบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากองค์กรการกุศล... ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การติดต่อขอเก็บข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะพยาบาลศาสตร์ ถึงหัวหน้าศูนย์องค์การกุศลเอกชน แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ศึกษาข้อมูลทั่วไป ลักษณะการให้บริการ กิจกรรมการดำเนินงาน ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ศูนย์องค์การกุศลเอกชน

3. วางแผนการกำหนดวัน เวลา สถานที่ วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์ ศึกษาข้อมูลขั้นพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติ บันทึกต่างๆ และจากการซักถามจากเจ้าหน้าที่ศูนย์องค์การกุศลเอกชน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของศูนย์ ในสถานพยาบาลอาสาสมัครที่ทำหน้าที่ในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยการติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 เริ่มต้นการสัมภาษณ์ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับข้อมูลทั่ว ๆ ไป ตามแนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งจะเริ่มด้วยการพูดคุยซักถามปล่อยให้การสนทนาเป็นไปอย่างธรรมชาติ พร้อมกับการสังเกตกริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ไม่เร่งรัดในคำตอบระมัดระวังกริยาท่าทางให้เกียรติ เพื่อนำสู่การแลกเปลี่ยนสนทนาสร้าง ความไว้วางใจ ขออนุญาตบันทึกเทปถ้าอนุญาตจึงทำการบันทึก

4.2 ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ภายหลังจากที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลมีความคุ้นเคยต่อกันแล้ว ตามแนวทางการสัมภาษณ์แต่มีลักษณะยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม กริยาท่าทาง การแสดงออก ใช้คำถามกว้าง ๆ เพื่อเปิดประเด็นก่อนที่จะถามประเด็นย่อยเจาะลึก เป็นคำถามที่ชัดเจน เข้าใจง่ายสื่อให้เข้าใจตรงกัน เปิดโอกาส

ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงพฤติกรรม ความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระไม่มีการชี้นำความคิด ไม่เร่งรัด คำตอบ หรือบางครั้งอาจใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ย้อนกลับมาสร้างคำถามสำหรับในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกครั้งต่อไป อย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการสัมภาษณ์และกระบวนการวิจัย ซึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สรุปการสัมภาษณ์เป็นช่วง ๆ ร่วมกับเทคนิคการทวนความเพื่อประเมินความเข้าใจให้ตรงกัน และเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ให้คำตอบหรือรู้สึกไม่สบายใจจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีหรือจนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะพร้อมแต่หากยังมีท่าทีแสดงที่ไม่สบายใจก็จะนัดสัมภาษณ์ในวันต่อไป

4.3 การสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ ในขณะการดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมกิจกรรมการดูแล สัมพันธภาพภายในครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อมภายใน ภายนอกบ้านและสภาพแวดล้อมทั่ว ๆ ไป ตลอดจนเหตุการณ์ลักษณะสำคัญอื่น ๆ โดยจะจดบันทึกในสมุดบันทึก

ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งสัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมในบรรยากาศที่เหมาะสม ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30-60 นาที ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์จะสรุปประเด็นสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลตอบ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณและบอกรู้สึกเกี่ยวกับการรักษาความของผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว หากในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการสัมภาษณ์ซ้ำจะทำการนัดหมายเวลาในครั้งต่อไป ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้ข้อมูลที่ต้องการศึกษาชัดเจนตามวัตถุประสงค์

4.4 การบันทึกข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ตามแนวทางเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งบันทึกวันเวลา สถานที่ที่ทำการสัมภาษณ์ไว้ทุกครั้ง ในขณะที่สัมภาษณ์จะไม่จดบันทึกเนื่องจากอาจทำให้การสัมภาษณ์ไม่ราบรื่น อาจใช้แค่การบันทึกย่อ เฉพาะหัวข้อ ประเด็นที่สำคัญ รวมทั้งบันทึกสีหน้าท่าทางพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออก ตามจริงโดยไม่มีเกรงใจ

4.5 การบันทึกเสียง จะเลือกใช้โอกาสที่และเวลาเหมาะสมภายหลังที่ผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยมีความคุ้นเคยหรือไว้ใจแล้ว โดยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนบันทึกเสียงทุกครั้ง หากไม่อนุญาตจะใช้ข้อมูลจากการบันทึก

4.6 การสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมและการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้งผู้วิจัยจะถอดความจากแถบบันทึกเสียงและบันทึกภาค

สนาม เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล ถ้าข้อมูลไม่ชัดเจนไม่ครอบคลุมจะทำการนัดการสัมภาษณ์ซ้ำในโอกาสต่อไป นอกจากนี้ยังทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เพิ่มเติม จาก ผู้ติดต่อหรือผู้ปวยเอดส์ ญาติ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ รวมทั้งการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มทะเบียนประวัติ จนกระทั่งได้ข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยควบคุมความเชื่อถือของข้อมูลโดย

1. การคัดเลือกตัวอย่างที่เจาะจง ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์และสมัครใจ
2. มีการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่ชัดเจนและครอบคลุม ตลอดจนการฝึกทักษะในการสัมภาษณ์เจาะลึก รวมทั้งการเลือกวันเวลาสถานที่ที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์
3. การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงอย่างเป็นอิสระ
5. ในระหว่างการสัมภาษณ์ ได้ใช้การสังเกต การบันทึกพฤติกรรม และเหตุการณ์สำคัญ ในสถานการณ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจความหมายได้อย่างสอดคล้องกันขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งการใช้เทคนิคการทวนความเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
5. ใช้เครื่องบันทึกเสียง ในกรณีที่ยินยอม เพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูลเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูล
6. การตรวจสอบข้อมูล ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เวลา สถานที่ บุคคล และวิธีการเก็บข้อมูลต่าง ๆ กัน ในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตพฤติกรรม สีน้าท่าทาง สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพ ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูล ผู้ติดต่อหรือผู้ปวยเอดส์ ญาติ การบันทึกทะเบียนประวัติ และจากการซักถามเจ้าหน้าที่ศูนย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการตรวจสอบให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งในขณะที่ยังเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นการวิเคราะห์ ข้อมูลรายวันและภายหลังเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ซึ่งเป็นกรวิเคราะห์ ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การประมวลผลข้อมูลในเบื้องต้น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต การจดบันทึก แดบบันทึกเสียง หลังจากการดำเนินการเก็บข้อมูล นำมาเขียนรายละเอียดของการสัมภาษณ์แต่ละวัน สรุปลงในสมุดบันทึกประจำวันซึ่งแยกเป็นประเด็นการบันทึกเป็นเรื่อง ๆ จัดหมวดหมู่ของข้อมูล ในลักษณะของการบรรยาย นำมาตรวจสอบความครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์แต่ละบรรทัด พิจารณาอย่างละเอียด คำต่อคำ วลีต่อวลี ประโยคต่อประโยคและจัดหมวดหมู่ข้อมูล จากนั้นให้รหัส (coding) และนำรหัสนี้เหล่านั้น มาจัดเป็นหมวดหมู่แบ่งแยกประเภท (category) จัดกลุ่มตามประเภทที่มีลักษณะหรือความหมายมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน

3. คัดเลือกหมวดหมู่หลัก หรือรหัสสำคัญ (core category) เป็นการเลือกหมวดหมู่ที่เป็นแกนสำคัญของปรากฏการณ์ทั้งหมด ที่รวบรวมได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับหมวดหมู่อื่นอย่างเป็นระบบและนำสาระที่ได้จากข้อมูลหรือหมวดหมู่นี้มาพัฒนาให้ชัดเจนขึ้น

4. นำสาระที่วิเคราะห์ได้จากผู้ให้ข้อมูลทุกรายมารวมกันและร่วมหาข้อสรุปตามผลที่ได้รับจากการศึกษาจริง โดยให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

5. นำข้อสรุปที่ได้เสนอในเชิงพรรณนาให้เห็นถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในครอบครัว ซึ่งในการศึกษานี้เรียกว่าเป็นผู้ดูแลครอบครัวละ 1-2 คน ซึ่งได้ผู้ดูแลจำนวนทั้งสิ้น 16 โดยจะแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์

ส่วนที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยศึกษาจากผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดในครอบครัว ซึ่งในการศึกษานี้เรียกว่าเป็นผู้ดูแลพบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะอาการที่ให้การดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ได้ผลดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาให้การดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	18.17
หญิง	13	81.25
2. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	1	6.25
30 - 40 ปี	0	0.00
41 - 50 ปี	2	12.25
51 - 60 ปี	7	43.75
มากกว่า 60 ปี	6	37.50
3. ศาสนา		
พุทธ	16	100.00
4. สถานภาพสมรส		
คู่	12	75.00
หม้าย/หย่า/แยก	4	25.00
5. ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือผู้ป่วยเอดส์		
สามี/ภรรยา	2	12.50
บิดา/มารดา	11	68.75
พี่/น้อง	1	6.25
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	2	12.50
6. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้	5	31.25
ประถมศึกษา	10	62.50
ประกาศนียบัตรสายอาชีพ	1	6.25

ตารางที่ 1. (ต่อ) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะอาการที่ให้การดูแล ระยะเวลาที่ให้การดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	25.00
รับจ้าง (ก่อสร้าง/ทั่วไป/โรงงาน)	7	43.75
ค้าขาย	5	31.25
8. รายได้เฉลี่ย/เดือน		
ไม่มีรายได้	5	31.25
ต่ำกว่า 3,000 บาท	7	43.75
3,001 - 6,000 บาท	2	12.50
6,001 - 9,000 บาท	2	12.50
9. ระยะของโรคที่ให้การดูแล		
ไม่ปรากฏอาการ	2	12.50
ระยะเริ่มปรากฏอาการ	3	18.75
ระยะเอดส์เต็มขั้น	11	68.75
10. ระยะเวลาที่ทำหน้าที่ผู้ดูแล		
น้อยกว่า 1 ปี	6	37.5
1 - 3 ปี	6	37.5
4 - 6 ปี	3	18.75
มากกว่า 6 ปี	1	6.25
11. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 3 คน	2	12.50
4 - 6 คน	12	75.00
มากกว่า 6 คน	2	12.50

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวมากที่สุด จำนวน 16 ราย เป็นเพศหญิง 13 ราย ซึ่งมากกว่าเพศชาย ที่มีเพียง 3 ราย อายุ อยู่ในระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 7 รายและ มากกว่า 60 ปี จำนวน 6 ราย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยค่อนข้างมีอายุและเป็นผู้สูงอายุ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ 12 ราย

ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา จำนวน 11 ราย เป็นสามี/ภรรยา 2 ราย และเป็น ปู่ /ย่า/ตา/ยาย 2 ราย ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 ราย และ ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้ จำนวน 5 ราย มีอาชีพ รับจ้างมากที่สุด จำนวน 7 ราย รายได้เฉลี่ย/เดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท จำนวน 7 ราย และไม่มีรายได้จำนวน 5 ราย

ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการระยะเอดส์เต็มขั้นมากที่สุด จำนวน 10 ราย ระยะเวลาที่ให้การดูแลส่วนใหญ่จะดูแลน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 ราย และ ระยะเวลา 1-3 ปี จำนวน 6 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล ส่วนใหญ่ 4-6 คน และ ในระหว่างการวิจัย มีผู้ป่วยที่เป็นครอบครัวตัวอย่างเสียชีวิต จำนวน 3 ราย

ส่วนที่ 2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การนำเสนอผลการวิจัยในส่วนที่ 2 นี้ เป็นการแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการระยะพักตัวและปรากฏอาการที่แตกต่างกัน จึงทำให้บางคนเป็นเพียงผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่ปรากฏอาการ บางคนเริ่มปรากฏอาการเริ่มมีอาการเจ็บป่วย จนกระทั่งมีอาการเจ็บป่วยมากจนกลายเป็นเอดส์เต็มขั้น ซึ่งจากลักษณะดังกล่าวทำให้มีผลต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเนื่องจากผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อ มีเพียงบางส่วนที่ได้บอกให้คนในครอบครัวได้รับรู้ถึงการเจ็บป่วยของตน จนกระทั่งเริ่มมีอาการและมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้นจนทำให้บุคคลในครอบครัวได้รับทราบการเจ็บป่วย จึงจัดแบ่งการนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ดังนี้

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในระยะเอดส์เต็มขั้น

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ

จากการศึกษา พบว่า จากจำนวนครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว จำนวน 15 ครอบครัว ซึ่งมีผู้ดูแล จำนวน 16 ราย เป็นการดูแลในระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ จำนวน 5 ราย ซึ่งบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ทราบถึงผลการติดเชื้อ จำนวน 3 ราย และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงผลการติดเชื้อมีเพียงมารดาที่รับทราบผลเลือด จำนวน 2 ราย จากการศึกษพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ยังมีสุขภาพร่างกายยังแข็งแรงเหมือนคนปกติทั่วไป ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งแยกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การดูแลเรื่องการรักษาได้แก่ การพาไปพบแพทย์เจาะเลือด การรับประทานยา ผู้ดูแลรายที่ 5. (มารดาอายุ 56 ปี) “ ก็พาไปหาหมอไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาล รัฐบาล เอกชน ห้างสรรพสินค้า ผลก็เหมือนเดิมตอนนี้หายานหม้อมาต้มให้กินหม้อละ 100 อาการดีขึ้น”

ผู้ดูแลรายที่ 8. (มารดาอายุ 53 ปี) “ ดูแลเตือนให้เขากินยา ”

ผู้ดูแลรายที่ 14. (ย่าอายุ 62 ปี) “ อาเขาพาไปหาหมอตตามนัดทุกครั้งแหละ ไปเอายา ก็ดูแลให้กินยา”

1.2 การดูแลด้านโภชนาการ ได้แก่ การดูแลเตรียมจัดหาอาหาร

ผู้ดูแลรายที่ 14. (ย่าอายุ 62 ปี) “ ก็หุงข้าว ทำกับข้าว ดูว่า... กินข้าวกินปลา แล้วไปโรงเรียน ทำแบบนี้ ทุกวัน “

ผู้ดูแลรายที่ 16. (มารดาอายุ 58 ปี) “ คนอื่นในบ้านเขาไปทำงานกันหมด เราอยู่บ้านทางนี้ก็หุงข้าว ทำกับข้าวโดยเฉพาะ...นี่ก็เป็นห่วงมันว่าจะกินหรือยังยังเป็นอย่างนี้แล้ว”

1.3 การป้องกันการการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่เรื่องเสื้อผ้า กำจัดสารคัดหลั่ง การป้องกันการติดต่อของโรค เป็นต้น

ผู้ดูแลรายที่ 3. (มารดาอายุ 48 ปี) “ อย่างเรื่องเสื้อผ้า ยังช่วยตัวเองได้ก็ให้ซักเอง แต่ให้แยกซักนะ “

ผู้ดูแลรายที่ 8. (มารดาอายุ 53 ปี) “ ตอนที่มีอาการไอ มาก ๆ แม่ให้ไปอยู่ที่อื่น เดี่ยวเอาเชื้อโรคไปติดหลานในบ้าน พอหายดีแล้วก็ให้กลับมาอยู่ใหม่”

ผู้ดูแลรายที่ 14. (ย่าอายุ 62 ปี) “ เสื้อผ้านุ่มนวม ย่าซักให้ ซักคนละที่ไม่รวมกัน แต่ถ้ามีไม่มากก็ซักรวมกันไม่ได้แยก”

ผู้ดูแลรายที่ 16. (มารดาอายุ 58 ปี) “ ผ่าถุง เสื้อทำงาน แม่ซักให้ซักรวมกันนะ ..”

1.4 การดูแลตามอาการ ได้แก่การดูแลตามอาการและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ผู้ดูแลรายที่ 14. (ย่าอายุ 62 ปี)“ ตอนที่ป่วย ก็เอายาป้อนให้กิน เช็ดตัวให้ มีผื่นคัน ปากมีแผลหายาทาให้ ย่าเป็นคนทาให้เอง”

ผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะไม่ปรากฏอาการจนถึงเริ่มปรากฏอาการ ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เหมือนคนทั่ว ๆ ไป จากจำนวนผู้ดูแล 5 ราย กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลในระยะนี้ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่มีเกี่ยวกับการพาไปรับการรักษาเพื่อให้หายจากโรค หรือคอยเตือนให้รับประทานยา ในด้านโภชนาการ เป็นการดูแลจัดเตรียมอาหารให้ และถ้ามีอาการเจ็บป่วยก็จะไปหาซื้อยามาเพื่อบรรเทาอาการ

2. การดูแลด้านจิตใจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ พุดคุยปลอบใจ การให้กำลังใจ ดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 3. (มารดาอายุ 48 ปี)“ ก็คุยกับเขา และ ปลอบใจอย่าไปคิดมาก.”

ผู้ดูแลรายที่ 5. (มารดาอายุ 56 ปี) “ พี่ ๆ น้อง ๆ ก็ให้กำลังใจ ก็ไม่ได้รังเกียจ ยังทำตัวสนิทสนมเหมือนเดิม”

ผู้ดูแลรายที่ 8. (มารดาอายุ 53 ปี) “ ถ้าวาง ๆ เห็นเขาเหม่อ ๆ ก็เข้าไปพูดคุย ปลอบใจเขา มันเป็นอย่างนี้แล้วก็ต้องทำใจ อย่าไปคิดมาก ”

ผู้ดูแลรายที่ 16. (มารดาอายุ 58 ปี) ““ บางทีพ่อเขาค่า ลูกน้อยใจเดินหนีหายไป เป็นห่วงเขา เดินออกตามหา ปลอบใจ ให้กำลังใจตลอด อย่าคิดสั้น”

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลในด้านจิตใจ จำนวนผู้ดูแล 4 รายใน 5 ราย ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจมาก เนื่องจากเป็นระยะที่พักตัวนาน การรักษา ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ บางรายอาจพึงทราบผลการติดเชื้อมีผลลบ รับไม่ได้ นอกจากผู้ดูแลจะให้กำลังใจแล้ว ถ้าในครอบครัวมีผู้รับรู้ผลเลือดอีก ก็จะมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจ ปลอบใจ ไม่ให้คิดมาก รวมถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัวได้ตามปกติ

3. การดูแลด้านสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านสังคม ในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ด้านค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลบุตร ดังนี้

3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การใช้จ่ายภายในครอบครัว

ผู้ดูแลรายที่ 3. (มารดาอายุ 48 ปี) “ ตั้งแต่ลูกติดเชื้อ ก็ดูแล ค่ายา ค่ารักษา ค่าอาหาร เสื้อผ้า”

ผู้ดูแลรายที่ 8. (มารดาอายุ 53 ปี) “ ตอนนี้อยู่ที่สาวเขาทำงานไม่ได้ น้องสาวก็ช่วยออกค่าเช่าบ้านให้”

3.2 การให้ข้อมูลข่าวสาร

ผู้ดูแลรายที่ 5. (มารดาอายุ 56 ปี) “ ส่วนใหญ่จะสอนเขาเรื่องอย่าเอาเชื้อไปติดคนอื่นอีก สงสารเขาบาป” “ ไม่ให้ดื่มเหล้า ดื่มเบียร์ สูบบุหรี่ ก็อาชีพเขาอย่างนั้น..”

3.3 การดูแลบุตร ในกรณีและผู้ติดเชื้อมีบุตร

ผู้ดูแลรายที่ 3. (มารดาอายุ 48 ปี) “ ลูกเขาก็ติด เราก็พาไปรักษา หมาเงินไปมาก ”

ผู้ดูแลรายที่ 16. (มารดาอายุ 58 ปี) “ อยู่บ้านดูแลลูกให้เขาไปทำงาน จะได้มีเงินซื้อนม ให้ลูก ..”

การดูแลในด้านสังคม พบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ถ้าเริ่มมีอาการก็มักจะไม่ได้ออกไปทำงานเนื่องจากกลัวที่ทำงานจะทราบ ดังนั้นครอบครัวมีส่วนร่วมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ตลอดจนรับภาระในการเลี้ยงดูบุตร

4. การรักษาความลับ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 3. (มารดาอายุ 48 ปี) “คนในบ้านก็มีแม่ หลานสาว น้ำ คนอื่น ๆ ยังไม่มีใครรู้นะ แต่ก็เริ่มสงสัย เราก็กังขังไม่ได้บอก กลัวเขารังเกียจ..”

ผู้ดูแลรายที่ 16. (มารดาอายุ 58 ปี) “ คนในบ้าน นอกจากแม่ ก็ยังไม่มีใครรู้ ... ไม่กล้าบอก”

สรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีในระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนทั่ว ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลจึงมีเพียงบางด้านเท่านั้น ได้แก่การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกาย เช่น การพาไปพบแพทย์เพื่อรักษา การดูแลให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง หรือการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ การดูแลเรื่องโภชนาการ ได้แก่การจัดเตรียมหาอาหาร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลรักษาตามอาการ การดูแลด้านจิตใจ เป็นการปลอบใจ ให้กำลังใจ อย่าคิดมาก การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลบุตรในกรณีที่มีบุตร และการรักษาความลับในครอบครัวและในชุมชน

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี ในระยะเอชไอวีเต็มขั้น

จากการศึกษา พบว่า จากจำนวนครอบครัวที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวีในครอบครัว จำนวน 15 ครอบครัว ส่วนใหญ่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลในระยะเอชไอวีเต็มขั้น จำนวน 11 ราย และบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ทราบถึงผลการติดเชื้อ จำนวน 11 ราย และครอบครัวเพิ่งทราบและมีส่วนร่วมในการดูแลมาประมาณ 1 ปี จำนวน 6 ราย จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยเอชไอวี มีอาการของโรคชัดเจนและมักมีอาการแทรกซ้อนชัดเจน ส่วนใหญ่เริ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อยต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลดังนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านร่างกายว่า
ซึ่งแยกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การดูแลเรื่องการรักษา เป็นการดูแลให้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่
การพาไปพบแพทย์ การดูแลให้รับประทานยา

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “พาไปหาหมอครั้งสุดท้ายเมื่อเดือนที่แล้ว
หมอบอกว่า ปอดดำ เชื้อราขึ้นสมองแล้ว...” “เอายาไปให้ กินเองไม่ถูก มันกินเมื่อไร ..ตอนนี้
ไม่ยอมกินยาเพราะไม่อยากจะกิน...”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “วันไหนเขาไปโรงพยาบาลเองไม่ไหว เราก็ก
ต้องไปส่ง เขารถไป...”

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) “มันยังเด็กจัดยากินเองไม่เป็น ฉันต้องจัดให้มัน
กินทุกวัน”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (ภรรยาอายุ 47 ปี) “ครอบครัวเรามีกันแค่ 2 คน ก็เรานั้น
แหละต้องพาไปหาหมอเอง..”

1.2 การดูแลด้านโภชนาการ ผู้ดูแลทุกรายและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล
ด้านโภชนาการ ได้แก่ การเตรียม จัดหาอาหาร หรือป้อนอาหารในกรณีที่รับประทานเองไม่ได้
ตัวอย่างดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “กลับจากขายของ 2 ทุ่ม ยังไม่ได้กินข้าวเราก็
ต้องงก ๆ ทำเอาไปให้มันกินก่อน “ “เดินไปดูมันบ่อยวันหนึ่ง 2- 3 รอบ เอานมไปป้อน เอา
ข้าวต้มไปป้อน ตอนหลังปากมันเจ็บกินข้าวไม่ได้ “

ผู้ดูแลรายที่ 2. . (มารดาอายุ 64 ปี) “ปลูกเขาตอนเช้า อาบน้ำให้กินข้าว กินยา
กินแล้วไม่ให้ไปไหนไม่ให้รุ่นวาย คนอื่นเขา “ “อยากกินอะไรก็หาให้ ให้คนใช้กินก่อน”

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) “นี่ก็พี่สะใภ้หุงข้าวมาให้ เราก็จัดให้เขากินก่อน ..”

ผู้ดูแลรายที่ 9. (บิดาอายุ 65 ปี) “ดูแลเรื่องอาหารการกิน กินได้มากได้น้อย กิน
แล้วหรือยัง คอยเตือน “

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) “หุงข้าวต้ม หยอดน้ำข้าวต้มให้ ก็บอกไม่เอา
เหม็น..”

1.3 การดูแลความสะอาดร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ผู้ดูแลทุกรายและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลความสะอาดร่างกาย ได้แก่การกระตุ้นให้อาบน้ำ แปรงฟัน การพุงพุงเข้าห้องน้ำ การเช็ดตัว อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ตัวอย่างดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี)“เวลาป่วยหนักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ก็ต้องเช็ดเนื้อ เช็ดตัว อาบน้ำบ้วนข้าว อุ้มไปไหน ๆ “

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) “ ถ้าเป็นหนัก จะบ้วนข้าว บ้วนยา เช็ดตัว นั่งเฝ้าทั้งวัน ...”

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) “พาเข้าห้องน้ำ เ็นรถไป ถึงหน้าห้องน้ำก็ต้องลาก อุ้มเอา “

ผู้ดูแลรายที่ 10. (มารดาอายุ 59 ปี)“ประคองเข้าห้องน้ำ ระวังล้ม เช็ดตัวเปลี่ยนผ้าให้ มันทำไม่ได้เลย”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) “ ป่วยหนักช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องเช็ดตัวให้ เกรบอกรใจให้” “ นอนใกล้ ๆ เขาเอาอะไรก็เรียก แล้วก็ทำให้..”

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) “ กระตุ้นให้อาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน พาเดินรอบ ๆบ้าน ..”

1.4 การดูแลตามอาการ ได้แก่ อาการเจ็บป่วยเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น เป็นแผล เป็นไข้ การดูแลให้น้ำเกลือ ดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) “ถ้าเจ็บป่วยเป็นไขก็ต้องซื้อยากิน คอยสังเกตอาการทางไต.. ถ้าเขาทำไม่ไหวเราก็ต้องช่วยล้างเปลี่ยนน้ำไต”

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) ““ พาไปหาหมอที่อนามัย เขาเป็นหวัดบ่อย ..”

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) “ตอนนี้มีแผลโคนขา หายา ไฮโดรเจนมาได้รอยซัลฟา..” “บ่อนยาพาราเซตไปซื้อจากร้านขายยา มาละลายน้ำบ่อนให้กิน..” “ บ่อนน้ำเกลือแร่ กินได้ไปห่อเดียว”

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) “ ไม่มีแรงเลย นี่ก็ไปตามหมอมานำน้ำเกลือ..3-4 วันก็ให้ทีหนึ่ง”

ผู้ดูแลรายที่ 12. (ภรรยาอายุ 43 ปี) “กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ฟันฟุจะไดได้เดินได้ นี่ก็ไปซื้อเครื่องออกกำลังกายมา..”

1.5 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การป้องกันการติดต่อของโรค การกำจัดสิ่งคัดหลั่ง เป็นต้น

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) “นำยาล้างไตใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนและทิ้งโถส้วม ถูกล้างไตทิ้งถึงขยะแต่ใส่ยาฆ่าเชื้อก่อน”

ผู้ดูแลรายที่ 9. (บิดาอายุ 65 ปี) “ซักผ้าให้เขาทำไม่ไหว แต่แยกซักใส่เครื่องซักผ้าซัก ..”

ผู้ดูแลรายที่ 12. (ภรรยาอายุ 43 ปี) “ของเครื่องใช้ส่วนตัวของเขาแยก ไม่ใช้รวมห้องน้ำเราทำความสะอาดเอง ทุกวัน”

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) “เสมหะ ก็ใส่กระโถน เอาไปทิ้ง ถูน้ำเกลือแขวนไว้ก่อนเดี๋ยวค่อยไปทิ้งถึง อ.บ.ต.”

เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมีมีอาการชัดเจนมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เหมือนผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ในแต่ละครอบครัวจะมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา อย่างน้อย 1 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา บิดา หรือ สามีภรรยา กิจกรรมการดูแลในด้านร่างกาย ได้แก่การพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา จัดยาให้รับประทาน การดูแลและจัดหาอาหารให้รับประทานรวมถึงถ้าไม่สามารถรับประทานและยาเองได้ ก็ต้องป้อน การดูแลความสะอาดร่างกาย ได้แก่การเช็ดตัว พาเข้าห้องน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ นอกจากนี้มีผู้ดูแลซึ่งให้การดูแลเป็นส่วนใหญ่แล้ว สมาชิกในครอบครัวอื่น ๆ ก็จะมีส่วนร่วมในการดูแลด้วยเช่นเดียวกัน ตามแต่เวลาและโอกาส เช่น ในช่วงหลังเลิกทำงาน หรือผู้ดูแลคนเดียวไม่สามารถให้การดูแลได้ ก็ต้องมีผู้ช่วยเหลือ เช่น การอุ้ม พุง ประคองให้ทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตามอาการ เช่น การให้ดื่มเกลือแร่ การให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ การทำแผล เป็นต้น และจากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า 9 ครอบครัว จากจำนวน 11 ครอบครัว ซึ่งในการดูแลของครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และไม่ค่อยระวังในเรื่องของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เช่น ไม่มีการใส่ถุงมือป้องกัน การเช็ดล้างสิ่งคัดหลั่งไม่ถูกวิธี การซักเสื้อผ้า เป็นต้น

2. การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การให้กำลังใจ การไม่รังเกียจ ไม่ทอดทิ้ง ดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “ปลอบใจลูก เป็นอย่างนี้แล้วอย่าไปท้อเลย บอกเขาต้องรับสภาพ เป็นเวรเป็นกรรมของเราที่สร้างขึ้นมา”

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) “ เป็นห่วงเขา พยายามทำตัวให้เป็นปกติ บอกเขาว่าเราไม่ทิ้งเขาหรอก เราเป็นสามีเขานี้.. ก็ต้องรับผิชอบ...”

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) “บอกให้ทำใจให้สบายอย่าคิดอะไรมาก ไม่ใช่เราเป็นอย่างเดียว คนอื่นเขาก็เป็นร้อยเป็นพัน”

ผู้ดูแลรายที่ 12. (ภรรยาอายุ 43 ปี) “พาไปหาหมอ ให้กำลังใจตลอด ไม่เคยรังเกียจไม่เคยทอดทิ้ง..”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) “ คนในบ้านไม่ได้คอยคุยกันหรอก ไม่ได้ปลอบใจเขาหรอก..”

การดูแลด้านจิตใจก็ยังเป็นเรื่องที่สำคัญ ที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ การให้กำลังใจ การไม่รังเกียจหรือทอดทิ้ง แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการมากและสามารถที่แพร่กระจายเชื้อโรคได้ง่าย พบว่า มีสมาชิกในครอบครัวบางคนแสดงท่าทางรังเกียจ

3. การดูแลด้านสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านสังคม ในกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การใช้จ่ายภายในครอบครัว

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “ พามันไปหาหมอดั่ง 3 วัน หมดเงินไปหลายออยู่” “ ออกค่ายาออกค่าเช่ารถเวลาพาไปหาหมอ”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “ก็ต้องทำงานเป็น ค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าเช่าบ้าน ค่าอาหารการกิน ค่ายาไม่เสียหรอก “

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) “ค่ารักษา ค่าล้างไตเดือนละ 2-3 หมื่นบาท มันเป็นการะมากเลย ก็จะไม่ไหวเหมือนกัน”

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) “พ่อเขาออกค่าใช้จ่าย ซื้อขนม อาหาร ..”

ผู้ดูแลรายที่ 9. (บิดาอายุ 65 ปี) “สามีเขายังอยู่ด้วยกันแต่กลางวันต้องออกไปทำงาน เขาจ่ายค่ายา ค่ารักษา..”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) “ลูก ๆ ให้เงินแม่ไว้ใช้จ่าย เราก็ต้องจ่ายค่ายาให้เขานั้นแหละ..”

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) “ใช้เงินเก็บเป็นค่ายา ค่ารักษา ยาต้านไวรัสแพงมาก”

3.2 การให้ข้อมูลข่าวสาร

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “เราไปที่ศูนย์ พอได้เรื่องอะไรดี ๆ มีประโยชน์ก็มาบอกลูก..” “สอนลูกอย่ากินเหล้าสูบบุหรี่ ให้ดูแลตัวเองดี ๆ ตอนนี้อีกสูบแล้ว”

3.3 การดูแลบุตร ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อมีบุตร

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “พาลูกเขาไปหาหมอตตรวจเลือด หมอบอกผลปกติ” “ออกค่านมอาทิตย์ละ 165 บาท ค่าขนมอีกล่ะ...”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “ทำอย่างไรได้ ก็ต้องเลี้ยงหลานทั้ง 2 คน....”

เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้มาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลด้านสังคม ส่วนใหญ่เป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบผู้ป่วย 1 คน ต้องล้างไต ซึ่งต้องใช้เงินในการรักษามาก ครอบครัวต้องช่วยกันหาเงิน เช่น มารดา และ สามีต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อให้มีรายได้เพียงพอ ค่าใช้จ่ายในการพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล บางครั้งต้องเช่ารถไปซึ่งเสียค่าใช้จ่ายสูง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว และการรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาระรับผิดชอบของครอบครัวระยะยาว

4. การรักษาความลับ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการรักษาความลับของผู้ป่วยเชื้อเอดส์ในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “พี่ ๆ น้อง ๆ เขาก็รู้ ทุกคนก็เอือมระอา...”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “ข้าง ๆ บ้านก็รู้ ไม่รังเกียจหรอก ซื่อگویเตี้ยก็ใส่ชามเขามาให้..”

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) “ตอนแรกก็ไม่กล้าบอกใคร แต่พอมาคิดอีกทีที่ต้องบอกให้น้องสาวรู้เขามีความรู้ เพื่อมีปัญหาเวลาผมไม่อยู่จะได้ช่วยเขาได้” “ตอนนี้แม่ คนในบ้านก็รู้ไม่รังเกียจ..”

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) “คนในบ้านรู้หมดไม่รังเกียจ แต่ครูที่โรงเรียนไม่รู้ข้างบ้านไม่รู้เดียวเขารังเกียจเอา..”

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) “ยังไม่มีใครรู้ พี่สะใภ้มาส่งข้าวก็ไม่รู้.”

ผู้ดูแลรายที่ 10. (มารดาอายุ 59 ปี) “คนในบ้านก็รู้หมด เพิ่งรู้เมื่อ 5-6 เดือน อาการหนัก...”

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) “พ่อเลี้ยง น้อง ๆ ก็รู้ นาน ๆ มาดูที ไม่รังเกียจหรอก”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) “คนในบ้านก็รู้หมดแหละ พ่อเขารังเกียจมาก กินข้าวเสร็จขึ้นข้างบนนอนเลย”

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) “คนในบ้านรู้ทุกคน ข้างบ้านก็รู้..”

การดำเนินของโรคอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ไม่สามารถที่จะปกปิดความลับการเป็นโรคของผู้ป่วยในครอบครัวได้ ในระยะนี้ในสมาชิกครอบครัวก็จะรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการปกปิดความลับไม่ยอมให้ครอบครัวใกล้เคียง ชุมชนหรือสังคม รับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว แกรงว่าจะถูกรังเกียจ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวนอกจากผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้าย มีอาการและภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องมีผู้ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามสมาชิกในครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านต่าง ๆ ดังนี้

ผู้ดูแลรายที่ 1.(มารดาอายุ 56 ปี) “เมื่ย้เขาดูแลอยู่ในช่วงแรก ๆ เพิ่งมาทิ้งไปตอนเป็นหนัก ๆ ซัก 5-6 เดือนมานี้” “พ่อเขาก็ช่วยดูบ้างก็หาข้าวหาปลาให้กินตามเรื่อง เวลาไม่ป้าอยู่”

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามีอายุ 29 ปี) "แม่ไปทำงานต่างประเทศ พอสิ้นเดือนส่งเงินมาให้ หมีนกว่าบาท ทุกเดือน" " ตอนกลางวันน้องสาวเขาก็ช่วยดูให้บ้างก่อนไปโรงเรียน.."

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) "บางวัน พ่อเขาอาบน้ำแต่งตัว พาไปโรงเรียน อาเขาก็ก่อนช่วยดูเหมือนกันระวังตกน้ำ"

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) "ลูก ๆ เขาเอาเงินไว้ให้พ่อกินค่าขนม ค่ากับข้าว มันก็เผื่อถึงคนป่วยด้วย"

ผู้ดูแลรายที่ 9. (บิดาอายุ 65 ปี) "สามีเขายังอยู่ด้วยกันตอนกลางวันไปทำงาน กลับมาตอนเย็น พาเข้าห้องน้ำ อาบน้ำ นอนเฝ้า.."

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) "น้องชายเขาเอาเงินมาให้แม่ พาพี่ไปรักษา เอาข้าว อาหารมาส่ง.."

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) "พี่สาวเขาส่งเงินมาให้เป็นค่ายา ค่ารักษา" "บางทีหลานชายก็มาช่วยพุงลูกนั่ง เช็ดตัวทำคนเดียวไม่ไหวหรอก"

ผู้ดูแลรายที่ 15. (พี่สาวอายุ 54 ปี) "พี่เขยเป็นคนพาไปหาหมอทุกเดือน หรือเวลาเราไม่อยู่ก็ช่วยดูแลหาข้าวให้กิน จัดยาให้กิน" "น้องสะใภ้ทำกับข้าวทิ้งไว้ให้เป็นอาหารจัด ทำแยกไว้ ถ้ามก่อนว่ากินอะไร ทำทิ้งไว้เข้าตู้เย็นก่อนไปทำงาน .."

นอกจากผู้ดูแลจะรับภาระเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน แต่มีบางครอบครัวที่อาจมีผู้ดูแลร่วมตามแต่กิจกรรม เวลาโอกาส ในการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ดูแลร่วม ได้แก่ บิดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การช่วยพุง อุ้มเข้าห้องน้ำ ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถทำคนเดียวได้ การจัดหาอาหารมาให้ การสนับสนุนเงินเพื่อเป็นค่ารักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว เป็นต้น และยังพบจำนวนผู้ป่วย 2 ราย ในระยะแรกมีผู้ดูแลเป็นภรรยา แต่ต่อมาเมื่อต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ได้ทิ้งผู้ป่วยและผู้ป่วยกลับมาอยู่กับบิดามารดาถึงให้เป็นภาระแก่ครอบครัวต่อไป

ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทและรับภาระการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวดังนี้

1. ต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล เป็นทุกข์ รู้สึกเครียด เหนื่อย ล้าและเบื่อ ทำให้ขาดความเป็นตัวของตัวเองไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้ตามปกติ

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “ตอนนี้เหนื่อย เบื่อ ไม่ได้ไปดูมา 4-5 วันแล้ว”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “เหนื่อย อ่อนใจ บางครั้งก็ร้องไห้ นะ ท้อใจ ไม่เอาแล้วนะอยากจะทำอะไรให้ไกล ๆ มาคิดดูทางนี้เด็กอีก 2 คนใครจะเป็นคนดู”

ผู้ดูแลรายที่ 7 (บิดาอายุ 72 ปี) “นั่งดูทั้งวัน ไปไหนก็ไม่ได้ อยากออกไปทำงาน ไม่มีเงินใช้ ..”

ผู้ดูแลรายที่ 13.(มารดาอายุ 58 ปี) “นอนไม่หลับ กลัวติด ลูกสาวบอกว่าแม่ระวังติดนะ ..”

2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว พบว่า ทุกครอบครัวมีผลกระทบ เช่น ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ค่าเช่ารถ โดยเฉพาะถ้าผู้ดูแลเป็นหลักในการหารายได้ในครัวเรือน การเลี้ยงดูครอบครัว ในการศึกษาพบว่า เป็นผู้ดูแลหลักจำนวน 5 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 11 ราย

3. การเป็นภาระในการดูแลบุตรผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาระแก่ครอบครัวในการเลี้ยงดู ระยะยาว พบว่า ครอบครัวต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรผู้ป่วยจำนวน 4 ราย จำนวนบุตรที่ต้องดูแล 1 – 2 คนต่อครอบครัว ซึ่งเป็นเด็กอยู่ในวัยเรียน

4. การรักษาความลับเพื่อไม่ให้ครอบครัวใกล้เคียงและชุมชนรู้

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของครอบครัว พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว มีปัญหาและอุปสรรคดังนี้

1. ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่น การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลรักษาตามอาการ

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “เสมอมา บอกให้ใส่ถุงใส่กระป๋องโยนเข้าไฟ ก็ไม่ทำ บ่นที่ทำที่ .”

ข้อมูลจากการสังเกต

- ขยะติดเชื้อ เช่น สลัดทำแผล ทิ้งทั่วไป (ผู้ดูแลรายที่ 6.)
 - เข็มและขวดน้ำเกลือแขวนอยู่ที่ที่นอนผู้ป่วยหลายถุง รวมไปถึงเอาไปทิ้งถัง อ.บ.ต (ผู้ดูแลรายที่ 15.)
 - สลัดทำแผล อาเจียน ทิ้งทั่วไป (ผู้ดูแลรายที่ 11.)
2. ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว
3. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพ

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “หมอบอกเป็นตาต้อ นิดผ่าตัด..ยังไม่มีเงิน เลยไม่ได้ไป”

ผู้ดูแลรายที่ 6. (ย่าอายุ 67 ปี) “ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหัวเข่า และเป็นความดัน..”

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) “ อุ่มไม่ไหว ใส่รถเข็น ลากเข้าห้องน้ำ”

ความคาดหวังของครอบครัวที่ต้องการให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ครอบครัวมีความคิดเห็นว่ามีผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ที่สมควรให้การดูแลมากที่สุดได้แก่ สามเณร/ภรรยา จำนวน 5 ราย รองลงไปได้แก่ ญาติพี่น้อง จำนวน 4 ราย รองลงไปได้แก่ พ่อแม่ และมีผู้คิดว่าถ้าครอบครัวดูแลไม่ได้ควรเป็นหน้าที่ของรัฐได้แก่ แพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล ดังตัวอย่าง

ผู้ดูแลรายที่ 1. (มารดาอายุ 56 ปี) “...ก็ต้องเป็นเมียเขาสิ อะไรนี่เขาทิ้งไปเลย”

ผู้ดูแลรายที่ 2. (มารดาอายุ 64 ปี) “ ในครอบครัวถ้าไม่มีพี่น้องก็ต้องเป็นพ่อแม่ ไม่เคยคิดให้หลวงดูแล”

ผู้ดูแลรายที่ 4. (สามเณรอายุ 29 ปี) “ ถ้าญาติดูแลไม่ได้ ผมคิดว่าน่าจะเป็นหน้าที่ของรัฐนะ ...”

ผู้ดูแลรายที่ 7. (บิดาอายุ 72 ปี) “ เป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง ถ้าคนไข้ไม่มีเมีย..”

ผู้ดูแลรายที่ 11. (มารดาอายุ 69 ปี) “ ก็ต้องเป็นเมียเขาสิ เขาด้วยกันเมียกัน..”

ผู้ดูแลรายที่ 13. (มารดาอายุ 58 ปี) “ ถ้าเขามีก็ควรเป็นเมียเขาสิ แต่ถ้าเมียเขาตาย

ก็ต้องเป็นพ่อแม่ ทำอย่างไรละก็มันเป็นลูก.." " ถ้าครอบครัวดูแลไม่เป็นก็ต้องให้หมอพยาบาลเขาดูแล เขามี ความรู้กว่าเรา.."

ความต้องการช่วยเหลือสนับสนุน พบว่าครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. เรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทุกครอบครัวมีปัญหา ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายในครอบครัว
2. การช่วยเหลือบุตร ในกรณีที่ผู้ป่วยเอดส์มีบุตร ซึ่งเป็นภาระของครอบครัวในการเลี้ยงดู ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน
3. ด้านความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

สรุป รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากการดำเนินของโรคได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งมีการอาการและอาการแสดงของโรคชัดเจน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยครอบครัวละ 1-2 คน และอาจมีผู้ดูแลร่วมตามกิจกรรมและโอกาส ซึ่งรูปแบบการดูแลของครอบครัว ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลด้านการรักษา เช่น การดูแลการจดยาให้รับประทาน การดูแลด้านโภชนาการ ตั้งแต่ การดูแลหาอาหารให้รับประทาน จนกระทั่งต้องป้อน การดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย เช่น การพาเข้าห้องน้ำ การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลตามอาการ เช่น อาการไข้ การหายาเพื่อบรรเทาอาการ เป็นแผล ทำแผล การให้เกลือ การดูแลอาการอื่น ๆ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การกำจัดสิ่งคัดหลั่ง เสื้อผ้า เป็นต้น นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การปลอบใจ ให้กำลังใจ การไม่รังเกียจและทอดทิ้ง การมีส่วนร่วมดูแลด้านสังคม ได้แก่ การช่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ภาระการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วย

ในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวหลายประการ เช่น ต้องมีผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแล เหนื่อยล้า เบื่อ เครียด ขาดความอิสระในการทำกิจกรรมอื่น ๆ กระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูง การเป็นภาระในการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วยซึ่งเป็นภาระระยะยาว และการรักษาความลับไม่ให้อายุรแพทย์รับรู้เพื่อป้องกันสังคมรังเกียจ

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของครอบครัว ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ค่ารักษาที่มีราคาแพง ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนแก่ครอบครัวได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว การช่วยเหลือบุตร ในการเลี้ยงดู ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน และ ด้านความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดชลบุรี ประชากรที่ศึกษานี้เป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (indepth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ (observe as participant) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ผู้วิจัย แนวทางการสัมภาษณ์เป็นลักษณะคำถามแบบปลายเปิด จำแนกประเด็นกว้าง ๆ และมีความยืดหยุ่นตลอดเวลา ซึ่งได้มาจากการรวบรวมและคัดเลือกประเด็นคำถามจากเนื้อหาและแนวคำถาม จากตำรา เอกสาร บทความ รายงานวิจัยต่างๆ โดยสร้างให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบบสังเกต และอุปกรณ์ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาคสนามและเทปบันทึกเสียง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากองค์กรการกุศลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ดูแล และสังเกตแบบไม่ได้มีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ ได้จำนวนตัวอย่างเป็นผู้ดูแลทั้งสิ้น 16 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ทั้งในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ผลการวิจัยพอสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวมากที่สุด จำนวน 16 ราย เป็นเพศหญิง 13 ราย เพศชาย 3 ราย อายุ อยู่ในระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 7 ราย และ มากกว่า 60 ปี จำนวน 6 ราย สถานภาพสมรสคู่ 12 ราย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา จำนวน 11 ราย เป็นสามี/ภรรยา 2 ราย และเป็น ปู่ /ย่า/ตา/ยาย 2 ราย ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 ราย และ ไม่ได้เรียน/อ่านออกเขียนได้ จำนวน 5 ราย มีอาชีพ รับจ้างมากที่สุด จำนวน 7 ราย รายได้เฉลี่ย/เดือน ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 3,000 บาท จำนวน 7 ราย และไม่มีรายได้จำนวน 5 ราย

ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการระยะเอดส์เต็มขั้นมากที่สุด จำนวน 10 ราย ระยะเวลาที่ให้การดูแลส่วนใหญ่จะดูแลน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 6 ราย และระยะเวลา 1-3 ปี จำนวน 6 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล ส่วนใหญ่ 4-6 คน

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลตามระยะอาการดังนี้

2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในระยะไม่ปรากฏอาการจนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ จำนวน 5 ราย เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนทั่ว ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ การมีส่วนร่วมของครอบครัว จึงมีเพียงบางด้านเท่านั้น ได้แก่การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกาย เช่นการพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ดูแลให้รับประทานยา หรือแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ การดูแลเรื่องโภชนาการ ได้แก่การเตรียมและจัดหา ดูแลการรับประทานอาหาร การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลรักษาตามอาการ การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่การปลอบใจ ให้กำลังใจ การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลบุตรในกรณีที่มีบุตร และการรักษาความลับในครอบครัวและในชุมชน

2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในระยะเอดส์เต็มขั้น เนื่องจากการดำเนินของโรคได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งมีอาการแสดงของโรคชัดเจน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างน้อยครอบครัวละ 1-2 คน ซึ่งรูปแบบการดูแลของครอบครัว ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย

เช่น การพาไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษา การดูแลการจัดยาให้รับประทาน การดูแลด้านโภชนาการ ตั้งแต่ การดูแลจัดหาอาหารให้รับประทาน จนกระทั่งต้องป้อน การดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย เช่น การพาเข้าห้องน้ำ การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลตามอาการ เช่น อาการไข้ การหยาเพื่อบรรเทาอาการ ทำแผล การให้เกลือ การดูแลอาการอื่น ๆ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การกำจัดสิ่งคัดหลั่ง เสื้อผ้า เป็นต้น นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การปลอบใจ ให้กำลังใจ การไม่รังเกียจและทอดทิ้ง การมีส่วนร่วมดูแลด้านสังคม ได้แก่ การช่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ภาระการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวนอกจากผู้ดูแลจะเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวแล้วบางครอบครัวอาจมีผู้ดูแลร่วมตามแต่กิจกรรม เวลาโอกาส ในการมีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ บิดา สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การช่วยพยุง อุ้มเข้าห้องน้ำ ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถทำคนเดียวได้ การจัดหาอาหารมาให้ การสนับสนุนเงินเพื่อเป็นค่ารักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว

ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อครอบครัว เนื่องจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทและรับภาระการดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ ต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล เป็นทุกข์ รู้สึกเครียด เหนื่อย ล้า ภาระ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว การเป็นภาระในการดูแลบุตรผู้ป่วยเมื่อเสียชีวิต ซึ่งเป็นภาระแก่ครอบครัวในการเลี้ยงดูระยะยาว และการรักษาความลับเพื่อไม่ให้ครอบครัวใกล้เคียงชุมชนรู้

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของครอบครัว พบว่าในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพ

ความคาดหวังของครอบครัวที่ต้องการให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ผู้ที่สมควรให้การดูแลมากที่สุด ได้แก่ สามี/ภรรยา รองลงไป ได้แก่ ญาติพี่น้อง บิดามารดา และถ้าครอบครัวดูแลไม่ได้ควรเป็นหน้าที่ของรัฐ ได้แก่ แพทย์พยาบาลในโรงพยาบาล

ความต้องการช่วยเหลือสนับสนุน พบว่าครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว การช่วยเหลือบุตร ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน และด้านความรู้และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวมากที่สุด เป็นเพศหญิง 13 ราย (ร้อยละ 81.26) อายุ อยู่ในระหว่าง 51-60 ปี และ มากกว่า 60 ปี จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 81.26) หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างสูงอายุและเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ (2539) ที่ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 60 ราย พบว่า ผู้ดูแลเป็นหญิงมากกว่าชาย เป็นหญิง 49 คน (ร้อยละ 81.83) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จอน อึ้งภากรณ์ (2543) ที่ดำเนินการโครงการเข้าถึงเอดส์ ในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมทำให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นเรื่องที่ยากขึ้น เพราะปัจจุบันมีการเคลื่อนย้ายคนจนจากชนบทเข้าสู่เมือง เพื่อหางานทำทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะครอบครัว โดยคนหนุ่มสาวเข้ามาทำงานในเมือง จึงมีเฉพาะสูงอายุกับเด็กอยู่ในครอบครัวชนบท โรคเอดส์ แตกต่างจากโรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมักเป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลคือลูกหลานผู้ป่วย แต่เรื่องโรคเอดส์ผู้ที่ป่วยคือลูกหลาน ผู้ดูแลคือผู้สูงอายุ

ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา (ร้อยละ 68.75) และในการศึกษายังพบว่าเมื่อ คู่สมรสทราบว่า อีกฝ่ายหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีเจ็บป่วยเริ่มมีอาการหรือมีอาการเต็มขั้น ก็จะทอดทิ้งคู่สมรส พบจำนวน 6 รายจาก จำนวนผู้ป่วย 15 ราย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวเดิมคือบิดา มารดา พบว่ายังอยู่กับสามี 1 รายแต่ผู้ดูแลคือบิดามารดา และผู้ดูแลเป็นปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 2 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความเกี่ยวข้องกับเป็นมารดา มากที่สุด จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 30.06) รองลงมาเป็นภรรยา 17 ราย (ร้อยละ 28.39) และยังพบว่า ผู้ติดเชื้อเป็นหญิง จำนวน 6 ราย สามีทิ้ง 4 ราย ทั้งหมดกลับไปอยู่กับมารดา มารดาเป็นผู้ดูแล ยังอยู่กับสามี 2 ราย อยู่เป็นครอบครัวขยายชายยังไปทำงานเหมือนเดิม ผู้ดูแลเป็นมารดา หรือญาติพี่น้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์ และ จิราภรณ์ ยาชมพู่ (2543) ในโครงการศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนของประเทศ ที่พบว่า ภาระหนักส่วนหนึ่งตกอยู่กับคนชรา ซึ่งเป็นพ่อ

แม่ ปู่ย่าตายายของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอายุมากแล้ว มีความยากลำบากในการทำงานหาเลี้ยงชีพตอนอยู่แล้ว ยังต้องมีภาระหนักในการดูแลลูกหลานอีก กลายเป็นปัญหาใหญ่อีกปัญหาหนึ่งของชุมชนและสังคม

2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลตามระยะอาการ ดังนี้

2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ตั้งแต่ระยะไม่ปรากฏอาการ จนถึงระยะเริ่มปรากฏอาการ

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะแรก ๆ ยังมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนทั่ว ๆ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักไม่บอกถึงอาการติดเชื้อของตนให้แก่บุคคลในครอบครัวทราบจนกระทั่งเริ่มมีอาการ จากการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ยังไม่ทราบ ผลการติดเชื้อ ซึ่งมีเพียงมารดาเท่านั้นที่รับรู้ จำนวน 3 ราย จากจำนวน 5 ราย ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการให้การดูแล จึงพบว่า มีเพียงบางด้านเท่านั้น และให้การดูแลอย่างห่าง ๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านร่างกาย เช่น เรื่องการรักษา การไปตรวจรับยาตามนัด การรับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือการแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ การดูแลเรื่องโภชนาการ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลรักษาตามอาการ การดูแลด้านจิตใจ เป็นการปลอบใจ ให้กำลังใจอย่าคิดมาก การดูแลด้านสังคม ได้แก่ การออกค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว การให้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลบุตรในกรณีที่มีบุตร และการรักษาความลับในครอบครัวและในชุมชน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรธนา คงสุระยะนาวัน (2540) ได้ศึกษาประสบการณ์การดำเนินชีวิตของคู่สมรสที่ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 24 ครอบครัว พบว่า สถานการณ์หลังการทราบผลการติดเชื้อ มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่ด้วยกันแบบเห็นอกเห็นใจ จำนวน 17 ครอบครัว ซึ่งสามีภรรยาจะร่วมมือช่วยเหลือปรับตัวปรับใจร่วมกันแสวงหาการรักษา ส่วนในกลุ่มที่ครอบครัวอยู่กันอย่างระหองระแหง จำนวน 3 ครอบครัว สามีภรรยา มีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์คือ ขาดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา และ กลุ่มอยู่ด้วยกันดีทั้งครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย เมื่อเปิดเผยให้ครอบครัวทราบก็ยังมีแหล่งพึ่งพิง สนับสนุนให้กำลังใจครอบครัวมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์ และ จิราภรณ์ ยาชมพู่ ที่พบว่า ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ ในด้านจิตใจพบว่าทั้งผู้ติดเชื้อที่มีอาการและไม่มีอาการ

ส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจ ซึ่งควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนให้มีบทบาทในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการและมีการให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างสม่ำเสมอในทุกๆ ระยะ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เปลี่ยนมา (2543) ทำการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 29 ราย พบว่า พฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากที่รับรู้การติดเชื้อ คือการปิดบังครอบครัวและสังคม โดยไม่ยอมเปิดเผยความลับกับบุคคลใด ๆ ทั้งสิ้น เก็บความลับนี้ไว้กับตนเองให้นานที่สุด

และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พวงเพ็ญ ชูณหปราณ และคณะ ผู้ติดเชื้อ จะปกปิดความลับในการติดเชื้อของตนไว้ ในระยะแรก ๆ ที่ไม่มีอาการใด ๆ ต่อมาเมื่อมีอาการปวดอวัยวะ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เชื้อราขึ้นในปาก ผิวหนังเป็นสะเก็ด สมาชิกในครอบครัวสงสัย อาจพาไปพบแพทย์ หรือผู้ติดเชื้อจึงบอกว่าตนเองติดเชื้อ แล้วจึงเปิดเผยข้อมูลให้สมาชิกในครอบครัวทราบ ทำให้โอกาสการแพร่เชื้อในระยะแรกเป็นไปได้มากกว่าที่ผู้ติดเชื้อจะเปิดเผยอาจจะแพร่เชื้อไปยังสามี ภรรยา บุคคลอื่น ๆ

2.2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในระยะเอดส์เต็มขั้น เนื่องจากการดำเนินของโรคได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งมีอาการแสดงของโรคชัดเจน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่นมีอาการติดเชื้อที่ปอด อาการทางสมอง ท้องเสียเรื้อรัง ผอมร่างกายทรุดโทรม เป็นแผล จำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว และกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ดังนั้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลได้แก่

การดูแลด้านร่างกาย เช่น การดูแลด้านการรักษา เช่น การดูแลการจดยาให้รับประทาน การดูแลด้านโภชนาการ ตั้งแต่ การดูแลหาอาหารให้รับประทาน จนกระทั่งต้องป้อน การดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย เช่น การพาเข้าห้องน้ำ การเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลตามอาการ เช่น อาการไข้ การทายาเพื่อบรรเทาอาการ ทำแผล การให้น้ำเกลือ การดูแลอาการอื่น ๆ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การกำจัดสิ่งคัดหลั่ง เลือดฝ่ำ เป็นต้น นอกจากนี้ครอบครัวยังมีส่วนร่วมในการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่การปลอบใจให้กำลังใจ การไม่รังเกียจและทอดทิ้ง ตลอดจน การมีส่วนร่วมดูแลด้านสังคม ได้แก่ การช่วยค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว ภาระการเลี้ยงดูบุตรของผู้ป่วย และการรักษาความลับของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ดังนี้

การศึกษา ของ ดวงสมร พันธุเสน และคณะ (2539) ได้กล่าวถึงบทบาทผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในครอบครัวและในชุมชน ว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่อาการไม่มากอยู่กับบ้าน และได้รับการดูแลจากญาติเป็นสิ่งที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและสังคม ผู้ดูแลจะได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่าง ๆ ได้แก่ การให้กำลังใจและความอบอุ่น ให้ความเอาใจใส่ของผู้ดูแลในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า ทำความสะอาดร่างกาย การพูดคุยปรับทุกข์หรือคุยแก้เหงาแก้เหงา การให้ยาพื้นฐาน แม้ไม่หายแต่ช่วยบรรเทาอาการหรือให้กำลังใจดีขึ้น และมีผู้มาเยี่ยมเยียน และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิตรา เจริญภัทรภัสส์ (2537) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคเอดส์เต็ม พบว่า ครอบครัวส่วนมากยังยินดีและมีความสุขเมื่อผู้ป่วยได้กลับมาอยู่บ้าน ครอบครัวยังคงช่วยเหลือในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ของครอบครัวได้เหมือนเดิม แต่ส่วนมากยังไม่กล้าเปิดเผยต่อชุมชนว่าครอบครัวมีผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ ชุนหปราน และคณะ ที่พบว่า การรังเกียจผู้ติดเชื้อยังคงมีอยู่ในชุมชน ซึ่งผู้ดูแลต้องพยายามปกปิดทุกวิถีทางที่ไม่ให้คนในชุมชนทราบว่ามีคนติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัว ถ้าความลับนี้ถูกเปิดเผยจะกระทบกระเทือนต่อการค้าขาย

ปัญหาอุปสรรคในการดูแลของครอบครัวและความต้องการช่วยเหลือสนับสนุนพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว ครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การดูแลรักษาตามอาการ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในครอบครัว และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว การช่วยเหลือบุตร ค่าใช้จ่ายในการศึกษาเล่าเรียน และด้านความรู้ และทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จอน อึ้งภากรณ์ ที่พบว่า ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้านสุขภาพ โดยครอบครัว มี 3 ด้าน คือ

1. ปัญหาที่ครอบครัวกลัวว่าจะมีโอกาสติดโรค ถึงแม้ว่าจะมีความรักต่อผู้ป่วยแต่ก็ไม่สนิทใจที่จะดูแลผู้ป่วย เช่น การกลัวหวงเรื่องการโดนแผล การสัมผัสเลือด กลัวเรื่องการใช้น้ำ การต้มน้ำ การซักผ้าด้วยกัน ดังนั้นบทบาทในการส่งเสริมการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การทำความเข้าใจกับครอบครัวในเรื่องความปลอดภัยในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย

2. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับบรรยากาศในการดูแล พบว่ามีปัญหาขัดแย้งในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะหลังจากออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวไม่มั่นใจที่จะให้การดูแล เช่น แผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง

3. ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่ครอบครัว ขึ้นอยู่กับ ความกลัว ถ้ารู้มานานว่าคนในครอบครัวติดเชื้อก็จะไม่ค่อยมีปัญหา ความมั่นใจต่อวิธีการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สภาพแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น สภาพบ้านการเช่าบ้านในชุมชนแออัด เพื่อนบ้านรู้ว่าผู้ป่วยเอดส์ก็กดดันให้ย้ายผู้ป่วยออกจากชุมชน มีหลายครั้งที่มีการรังเกียจของเพื่อนบ้านและชุมชน หรือสภาพที่แออัดสมาชิกในครอบครัวมากแต่มีพื้นที่บ้านจำกัด

การศึกษาของ พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะพบว่า ปัญหาการดูแลผู้ติดเชื้อของผู้ดูแล คือการไม่มีความรู้เรื่องเชื้อที่ทำให้เกิดโรค การติดต่อ อาการ การรักษา การติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันในขณะที่ต้องดูแลลูกคลัสส์ผู้ติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เกิดภาวะหนี้สิน การกลัวถูกรังเกียจจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ปัญหาสุขภาพทางกายของผู้ดูแลเอง ต้องทำงานและดูแลไปพร้อมกันไม่ได้พักผ่อน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นมารดา ซึ่งมีอายุมากแล้วทำให้เหนื่อยอ่อนล้า และยังมีภาระในครอบครัวอื่น ๆ เช่น ดูแลบุตร การทำงานบ้านอื่น ๆ ความต้องการสนับสนุนด้านความรู้ ผู้ดูแลต้องการความรู้ในการดูแลด้านร่างกายและด้านจิตใจ เช่น การดูแลเมื่อท้องร่วง การดูแลเมื่อเป็นไข้ การทำแผล การให้อาหาร การดูแลเมื่อเกิดเริ่ม การทำลายเชื้อ การสังเกต การให้กำลังใจ การให้ความรัก เป็นต้น

การให้การดูแลที่บ้านควรเริ่มตั้งแต่ยังไม่มีอาการเจ็บป่วยดังนั้นการให้คำแนะนำก่อนการเจาะเลือดจึงมีความสำคัญมาก ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้ผลการเจาะเลือด การทำความเข้าใจในครอบครัวและส่งเสริมให้ครอบครัวให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่นให้การดูแลด้านจิตใจ ส่งเสริมให้มีบรรยากาศความอบอุ่นในครอบครัว เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ในครอบครัวได้ตามปกติ และเมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยมักต้องได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลบ่อยขึ้น เมื่อให้ผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟู และประคับประคองผู้ป่วยที่บ้านนับว่ามีความสำคัญอย่างมาก ดังนั้นในการเตรียมความรู้ทักษะให้สมาชิกในครอบครัว

อาจเป็นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่น เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง จึงเป็นเรื่องที่สำคัญเช่นเดียวกัน ตลอดจนอาจมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลได้อย่างมั่นใจ ขณะเดียวกับถ้าผู้ป่วยและครอบครัวมีปัญหาและอุปสรรคต้องการได้รับการช่วยเหลือ หน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ด้านบริการพยาบาล

1. ในสถานบริการสาธารณสุขควรจัดระบบบริการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือดแก่ผู้ป่วยทุกราย และควรแจ้งผลการเจาะเลือดให้ผู้ติดเชื้อทราบตั้งแต่แรก ตลอดจนให้ผู้ป่วยตัดสินใจเปิดเผยข้อมูลให้แก่สมาชิกในครอบครัวทราบเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนและดูแลผู้ติดเชื้อตั้งแต่แรก ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อให้อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข
2. ควรมีส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว สร้างความมั่นใจให้แก่สมาชิกในครอบครัว ในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมีความสุขและปลอดภัย
3. ควรมีส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว สร้างความมั่นใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ โดยการอบรมเพิ่มทักษะของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมครอบคลุม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ในทุกระยะตั้งแต่ระยะยังไม่มีอาการ เริ่มมีอาการและมีอาการเต็มขั้น รวมทั้งการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ตามความจำเป็น
4. ในสถานบริการควรมีหน่วยงานบริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีระบบการส่งต่อและประสานงานแก่หน่วยงานอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุน พัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษา

1. ในด้านการศึกษาพยาบาลควรมีการปรับปรุงเนื้อหาทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะของโรค ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การควบคุมป้องกัน ไม่ให้มีการแพร่กระจายอย่างรุนแรงต่อไป

2. ในด้านการศึกษาระดับปริญญาตรี ควรเปิดรายวิชาเลือกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ มีสามารถให้การดูแลสมาชิกครอบครัวเมื่อติดเชื้อเอดส์ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างถูกต้อง

3. สถานศึกษาพยาบาลควรจัดระบบบริการวิชาการสนับสนุนผู้ดูแล โดยการอบรมผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจสามารถปฏิบัติการดูแลและเพิ่มทักษะด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนการจัดทำคู่มือ สื่อโสต เช่น วิดีโอ การดูแลรักษาความสะอาดทั่วไป การให้อาหาร การทำแผล สำหรับกลุ่มผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนา รูปแบบการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับสภาพพื้นที่ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม ของแต่ละครอบครัวและชุมชน

2. ควรสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อให้สามารถได้ข้อค้นพบใหม่และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลแก่ผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2537). คู่มือแนวทางการให้บริการปรึกษา
แนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2538). การคาดประมาณจำนวนประชากรผู้
ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2530 – 2548. ข่าวสารโรคเอดส์.
8(3), 2-5.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2540). แนวทางการสนับสนุนให้เกิดการ
ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กระทรวง
สาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2542). สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ
เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2542).. สู้ทันเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี :
กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2538). คู่มือการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา.
- เกียรติคุณ ฝ่ายทรงฤทธิ์ และ จิราภรณ์ ยาชมภู. (2543). โครงการศึกษาการดูแลผู้ติด
เชื้อเอดส์ที่บ้านและชุมชนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข.
- จอน อึ้งภากรณ์. (2543). “โครงการเข้าถึงเอดส์” ผลสรุปจากเวทีการประชุมวิชาการ
เรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนครั้งที่ 1. โรงแรมปรี๊นท์
พาเลส กรุงเทพมหานคร วันที่ 11-12 พฤษภาคม 2543. (เอกสารอัดสำเนา).
- จรรยา เศรษฐบุตร. (2535). การสังเกต ใน เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ดติ๊กซ์ และ ภาณี วงษ์เอก
(บรรณาธิการ). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพชุดที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ : วิธีการ
ศึกษาเชิงคุณภาพ. นนทบุรี : โครงการรายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสาน
งานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตรา เจริญภัทรเมสซ์. (2537). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์
เต็มขั้น : ศึกษากรณีเฉพาะครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นโรงพยาบาลบาราต

- นราศุร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชื่นจิตต์ เพชรชาติ และคณะ. (2537). การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักกองกลางสภาการศึกษาไทย.
- ดวงสมร พันธุ์เสน และคณะ. (2539). คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภา.
- ทัดดาว ลออโรจนวงศ์ และคณะ. (2539). ความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการอยู่ร่วมกันในสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรจง คำหอมกุล. (2535). คู่มือปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2535). ไวรัสวิทยาและพยาธิกำเนิดโรคเอดส์. ใน มัทนา หาญวิชัย และ อุษา ทิสยากร. (บรรณาธิการ), เอดส์ : การดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
- พวงเพ็ญ ชุณหปราณ สุรีย์ ธนศิลป์ และ สัจจา ทาโต. (2539). ศึกษาความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิกุล นันทชัยพันธ์ และคณะ. (1997). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. Thai J Nurs Res. 1(1), 9-30.
- เพ็ญศรี ระเบียบ และคณะ. (2537). ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ใน วิจิตร ศรีสุพรรณ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณมา คงสุริยะนาวิน. (2540). ประสบการณ์การดำเนินชีวิตของคู่สมรสที่ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต , สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2540). ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 5(2), 9-18.

- วรรณวิมล เปลี่ยนมา. (2543). พฤติกรรมการแสวงหาทางรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา จันทร์ดี. (2540). การใช้สมุนไพรรักษาอาการแรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพงษ์ รัชเฝ้า. (2543). ผลสรุปจากเวทีการประชุมวิชาการเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนครั้งที่ 1. โรงแรมปรี๊นท์ พาเลส กรุงเทพมหานคร วันที่ 11-12 พฤษภาคม 2543. (เอกสารอัดสำเนา).
- สุรียพร ธนศิลป์. (2538).. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรศักดิ์ สุวานิชสกุล และคณะ. (2541). เอดส์ในสูติกรรมและการวางแผนครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- สุรพล สุวรรณกุล. (2538). โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ใน นลินี อัสวโกติ (บรรณาธิการ), การรักษาด้วยวิธีการในปัจจุบันสำหรับโรคติดเชื้อที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ที.พี.ปรี๊นท์.
- สุพัตรา อติโพธิ์. (2540). คู่มือการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธาณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2537). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และ วรรณรัตน์ ลาวัง. (2543). เอกสารประกอบการสอนวิชาการดูแลสุขภาพที่บ้าน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริ เขียวชาณวิทย์. (2540). Color Atlas of HIV Infection. กรุงเทพฯ : พีบี.ฟอเรนส์บุคส์ เซนเตอร์.
- สำนักนายกรัฐมนตรี และ ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย. (มปป). คู่มือการให้ความรู้ในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์แก่ครอบครัวและชุมชน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี และ ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย.

Devita, V.T.ed. (1992). AIDS : Etiology Diagnosis Treatment and Prevention.

Philadelphia : J.B. lippincott.

Motocha, linda K. (1992). "Case Study Interview Caring for Person with AIDS"

Methods in Family Research. Newbury Park : Sage Publications.

Schoub, B.D. (1994). AIDS & HIV in Perspective. New York : cambridge

University Press.

Songwathana, P. & Manderson, L.(1998). "Perspective of HIV/AIDS and caring for

People with terminal AIDS. In Southern Thailand." AIDS Care. 10(2)

155-165.

Stetz , K.M. and Brown , M.A. (1997). "Taking Care : Caregiving to persons with

Cancer and AIDS." Cancer Nursing. 20(1), 12-22.

[http : www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm/indexaids.htm](http://www.moph.go.th/ops/epi/aidshtm/indexaids.htm).

ภาคผนวก ก.
แนวทางการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์

ผู้ดูแลรายที่

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

1. นามสมมุติ เพศ อายุ ปี
2. สถานภาพสมรส.....การศึกษาจบ
3. อาชีพ.....รายได้
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
5. จำนวนสมาชิกภายในบ้านประมาณ คน
6. ระยะเวลาที่ทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อ ปี

ส่วนที่ 2. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

1. กิจกรรมการดูแลเริ่มตั้งแต่เข้าจนถึงเวลานอนและกลางวันทำอย่างไรบ้าง.....
.....
2. ความต้องการช่วยเหลืออย่างไร จากใคร อย่างไร.....
.....
4. ความคาดหวังของผู้ดูแลคิดว่าในครอบครัวใครควรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
-
5. ผลกระทบต่อผู้ดูแลต่อด้านร่างกายอารมณ์.....
.....
6. ปัญหาอุปสรรคในการดูแล
-
7. ความรู้ของผู้ดูแล สาเหตุ การติดต่อ อาการ การรักษา การดูแลเมื่อมีอาการต่างๆ
การป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ
-
8. สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่มีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือมีใครบ้าง
- มีความสัมพันธ์เป็น.....
กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลดูแลอย่างไร.....
.....
9. ความลับเรื่องโรคเอดส์ในครอบครัว เพื่อนบ้าน ในชุมชน

ส่วนที่ 3. แบบสังเกต

1. สภาพแวดล้อมภายในบ้าน
-
2. สภาพแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน
3. สัมพันธภาพภายในครอบครัว
4. พฤติกรรม/กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล/ใคร /อย่างไร.....
-
-
5. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (ขยะ/สิ่งปฏิกูล/สิ่งคัดหลั่ง/เสื้อผ้า) ...
-
6. เหตุการณ์ในลักษณะที่สำคัญ
-
7. ข้อสังเกตอื่น ๆ ที่น่าสนใจ.....
-

แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม

นามสมมุติ..... สัมภาษณ์ครั้งที่.....

วันที่ เวลา.....

สถานที่/สิ่งแวดล้อม.....

.....

บันทึกข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	บรรยายเหตุการณ์โดยไม่ต้องตีความ

ข้อสังเกตอื่น ๆ

.....

ผู้วิจัยคิดหรือรู้สึกอย่างไรขณะนี้

.....

.....