

แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีคุณภาพชีวิตดี

สิริรัตน์ จันทระมะโน วทม.*

เจนระวี สว่างอารีย์รักษ์ พยม.**

บทคัดย่อ: การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี (มีคะแนนคาร์โนฟสกี 80-100 คะแนน) หลังการติดเชื้อมากกว่า 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง และการบอกต่อแบบลูกโซ่ เป็นหญิง 15 คน และชาย 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการของโคไลซี่

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ว่าเป็นโรคสังคมรังเกียจ รักษาไม่ได้ และเป็นโรคเวรกรรม ทุกคนใช้การดำเนินชีวิตอย่างคนปกติเรียบง่าย บางคนใช้ชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยการดูแลใส่ใจสุขภาพมากขึ้น แสวงหาแนวทางการดูแลสุขภาพทางเลือกแบบองค์รวม คือ 1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่รักษาแพทย์แผนปัจจุบันด้วยยาต้านไวรัส ต้องได้รับยาตรงตามเวลาเต็มทุกวัน บางคนรักษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก บริโภคอาหารธรรมชาติงดเนื้อวัวแต่ไม่งดอาหารแสลง บางคนใช้สมุนไพรรกปลาไหลเผือก ช่วงที่สุขภาพทรุดหนักนอนป่วยที่บ้านและหยุดทำภารกิจ ครอบครัวดูแลแบบทดแทนให้อาหารอ่อนรสจืด ใช้เวลาแรมปีสุขภาพแข็งแรงดี 2) ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่คลายเครียดด้วยการทำสมาธิหรือสมาธิด้วยพลังพระมิต 3) ด้านจิตวิญญาณ ยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง ปลงตกกับชีวิต และไม่กลัวตาย และ 4) ด้านสังคม อยู่ได้อย่างมีความสุขสังคมยอมรับ บางคนเป็นวิทยากรแบ่งปันประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ: การรักษาด้วยแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นการช่วยเสริมประสิทธิภาพของการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดี

วารสารสภาการพยาบาล 2554; 26(2) 57-69

คำสำคัญ: การดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ, เชียงใหม่

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, ปทุมธานี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹ รายงานว่า พบผู้ติดเชื้อรายแรกของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2527 ถึง 31 มีนาคม 2554 มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 372,874 ราย เสียชีวิตจำนวน 98,153 ราย เกียรติ รักษ์รุ่งธรรม² กล่าวว่า “การรักษาโรคเอดส์มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการให้คงไว้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้” ถึงอย่างไรก็ยังคงมีผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ และกลับไปฟื้นฟูสภาพร่างกายด้วยการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้มีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชีวันนท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ และคณะ³ คาดการณ์ว่ารัฐต้องใช้งบประมาณเกือบ 4.5 พันล้านบาทเป็นค่ายาต้านไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2549-2553 นอกจากนี้การดำเนินโรคแบบช้า (long term progress) หรือคงที่ (non-progress) หมายถึง การนับเวลาตั้งแต่เป็นผู้ติดเชื้อจนถึงผู้ป่วยเอดส์ เป็นเวลานานกว่า 10 ปี หรือ การนับจำนวนซีดี 4 เกิน 500 เซลล์/ลบ.มม และต้องไม่มีอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้การประเมินความสามารถของการทำกิจกรรมและลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเอดส์โดยวิธีการให้คะแนนคาร์นอฟสกี (karnofsky performance scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี หมายถึง ผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ปกติไม่ต้องการผู้ดูแล มีคะแนนคาร์นอฟสกีระหว่าง 80-100 คะแนน ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีจะมีประสิทธิภาพสูงให้ผลการรักษาที่ดีก็ตาม แต่การดำเนินชีวิตประจำวันและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อนั้นก็ยังมี

ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาพยาบาล เพราะการดูแลสุขภาพตนเองได้จะช่วยทำให้การรักษาได้ผลดีเป็นที่น่าพึงพอใจ จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการคงไว้ได้นานที่สุด และเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตดี สามารถดำรงชีวิตและทำงานได้ปกติโดยไม่ต้องเป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ สำหรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ รายงานว่าจากปีพ.ศ. 2527 ถึง 31 ธันวาคม 2553⁴ พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีจำนวน 85,000 ราย เสียชีวิตจำนวน 34,398 ราย และยังคงมีชีวิตอยู่ จำนวน 50,602 ราย จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพตนเองที่มีความเป็นปัจเจกบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง แรงจูงใจ และองค์ความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจต้องการที่จะศึกษาถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณภาพชีวิตดีว่าด้วยเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้บริบทสังคมของภาคเหนือตอนบน และด้วยความเป็นปัจเจกบุคคลนั้นเป็นอย่างไร จึงทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขหลังการติดเชื้อมากกว่า 10 ปี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี หลังจากการติดเชื้อมากกว่า 10 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีและไม่มีส่วนร่วม ผู้ให้ข้อมูลคนแรกใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ผลการตรวจเลือดมีแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปีเต็มขึ้นไป

2. มีคุณภาพชีวิตดี (คะแนนคาร์นอฟสกีตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป)

3. สามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทยได้

ส่วนผู้ให้ข้อมูลลำดับที่สอง จะใช้วิธีการบอกต่อแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จากผู้ให้ข้อมูลคนแรกโดยใช้เกณฑ์เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ทำเช่นนี้ไปเป็นลำดับถัดไปเรื่อย ๆ จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว จึงทำให้ได้ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง 15 คน และเพศชาย 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย ให้ความสำคัญกับความเป็นกลาง ปราศจากอคติ หรือความลำเอียง 4 ประการ คือ จิตใจต้องปราศจากฉันทาคติ โทษาคติ โมหาคติ และภยาคติ เครื่องบันทึกเสียง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความสามารถของการทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตคาร์นอฟสกี (karnofsky performance scale) และ 3) แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตัวอย่างคำถาม เช่น “คุณ...รับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างไรบ้าง” “หลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วคุณ...มีวิธีการดำเนินชีวิตเหมือนหรือแตกต่างจากเดิมหรือไม่? อย่างไร? เพราะอะไร? และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเหมือนหรือแตกต่างจากเดิมหรือไม่?

อย่างไร? เพราะอะไร?” เป็นต้น และคำถามที่ไม่มีโครงสร้าง จะเป็นคำถามที่มีความยืดหยุ่นซึ่งมีความสอดคล้องและต่อเนื่องกับคำตอบที่ได้รับจากคำถามข้อที่ผ่านมา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารเลขที่ 015/2550) ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดไว้ในที่ปลอดภัยและเป็นความลับโดยไม่ระบุชื่อและนามสกุลจริง และจะเสนอรายงานต่อสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาที่ได้อุดหนุนทุนวิจัย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเท่านั้น เมื่องานวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้วผู้วิจัยจะทำการทำลายข้อมูลทั้งหมดไม่ให้เหลือไว้เป็นหลักฐาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคนแรกแบบเจาะจงได้แล้ว ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามจนหมดข้อสงสัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ (informed consent form) จากนั้นเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้แนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ขออนุญาตบันทึกเทปกรณีที่ไม่อนุญาตจะจดบันทึกคำพูดอย่างละเอียด การสนทนาเป็นไปตามธรรมชาติ หากข้อมูลใดไม่สามารถตอบได้ด้วยเหตุผลใดก็ตามจะหยุดการสนทนาทันที รอจนกว่าผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะเริ่มการสนทนาใหม่ หรือเปลี่ยนคำถามข้อใหม่ต่อไป หรือจบการสนทนาเลย ก่อนจบการสนทนาจะถามว่า “คุณ...มีข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถเปิดเผยอีกหรือไม่” ถ้าไม่มีข้อมูลเพิ่มเติม กล่าวคำ “ขอบคุณ” หลังจาก

การสัมภาษณ์ครั้งแรกเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนัดผู้ให้ข้อมูล สัมภาษณ์ครั้งต่อไป ในกรณีที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม หรือต้องการการยืนยันข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล คนแรกเสร็จแล้วขอให้ผู้ให้ข้อมูลคนแรกทำการแนะนำผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ด้วยการบอกต่อแบบลูกโซ่ แล้วทำการสัมภาษณ์เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลคนแรก และดำเนินการเช่นนี้ต่อไปจนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว (saturation data) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 45-60 นาที การสัมภาษณ์เกิดขึ้นที่บ้านหรือสถานที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายแรก โดย

1.1 ถอดข้อความจากแถบบันทึกเสียง คำต่อคำ (verbatim) เป็นภาษาเขียนด้วยตนเอง หลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง

1.2 ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจน หรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องการค้นหาเพิ่ม โดยกลับไปถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล

1.3 ปรับข้อความคำถามของการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจน และสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล

1.4 ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายและปรับคำถามสำหรับผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปประเด็นตามวิธีของโคไลซ์ซี่^๕ ตามขั้นตอนดังนี้ อ่านบทสัมภาษณ์

ทั้งหมดที่ได้จากการถอดความของเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ และทำการฟังเทปทบทวนซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้รหัสข้อมูล ทำการดึงข้อความสำคัญออกมาแล้วให้ความหมาย ตัดทอนข้อความด้วยความระมัดระวังโดยให้มีความหมายคงเดิม ทำการจัดระบบตามความหมายของข้อความให้เป็นกลุ่มแยกตามประเด็นแล้วเขียนคำอธิบายเป็นความเรียงอย่างละเอียด แล้วนำกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนตรวจสอบความถูกต้องและการแปลความหมายของผู้วิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลกลับมาแก้ไขตามที่ผู้ให้ข้อมูลแนะนำ เขียนและแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลอิ่มตัว เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือของข้อมูลที่ได้

ผู้วิจัยใช้เวลาใกล้ชิดและนานเพียงพอกับผู้ให้ข้อมูล จนได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ณ พันธกิจพิโรคาเลียบ้านสันโป่งห้า ตำบลป่าเหมือด อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มและรับงานประดิษฐ์จากกระดาษสา มาทำเป็นอาชีพ ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ด้วยการสังเกตการเยี่ยมกลุ่มผู้ติดเชื้อของ กลุ่มสันโป่งพัฒนา ตำบลน้ำหลง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการเยี่ยมบ้านขององค์กรการกุศลอิสระ (NGO) มีการตรวจสุขภาพ แจกยาสามัญประจำบ้าน และวิตามิน ทุกวันพุธ และใช้การบันทึกภาคสนาม ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ (ที่ได้รับการอนุญาตให้เยี่ยมบ้านได้) สังเกตการใช้ชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ บรรยากาศ สังคมและสิ่งแวดล้อม บางครั้งผู้วิจัยได้มีโอกาสร่วมรับประทานอาหารกลางวันกับผู้ติดเชื้อและครอบครัวด้วย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล เป็นคนไทย เพศหญิง 15 คน และ เพศชาย 5 คน เป็นหม้าย 7 คน คู่ 5 คน โสด 1 คน และแต่งงานใหม่ 7 คน (สามีไม่ติดเชื้อ 4 คน และ ติดเชื้อ 3 คน) มีอาชีพ รับจ้าง 15 คน ค้าขาย 3 คน และแม่บ้าน 2 คน นับถือศาสนา พุทธ 18 คน และ คริสต์ 2 คน มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา 14 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 5 คน และปริญญาตรี 1 คน มีช่วงอายุระหว่าง 18-48 ปี (ค่าเฉลี่ย = 29.7, ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.22) เป็นช่วงอายุ 20-40 ปี 16 คน เป็นช่วงอายุ 18-19 ปี 2 คน และเป็นช่วงอายุ 41-48 ปี 2 คน ระยะเวลาของการติดเชื้อตั้งแต่ 10-20 ปี (ค่าเฉลี่ย = 12.5, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.46) ทุกคนได้รับเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็น ภรรยาที่ติดเชื้อจากสามี 15 คน สามีติดเชื้อจาก ภรรยาใหม่ 2 คน และติดเชื้อจากหญิงอาชีพพิเศษ 3 คน สรุปผลการวิจัย ดังนี้

1. ความหมายและการรับรู้ต่อโรคเอดส์

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคนรับรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อ เป็นโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ เป็นโรคของกรรมที่ เกิดจากผลการกระทำของตนเอง หรือเป็นการใช้กรรม กับสามี (ที่เชื่อว่ามีวิบากกรรมร่วมกันมาในอดีตชาติ) ยอมรับกับสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นตามความเชื่อของ ศาสนาพุทธ และถึงแม้จะรู้ว่ายังไม่มีทางรักษาให้หาย แต่สามารถอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ดังตัวอย่าง

“...ตอนนั้นทำงานบริษัท...ต้องลาออกกลับ มาอยู่บ้านทำงานรับจ้างไปวัน ๆ พอสามีเสียชีวิต จากเอดส์ ชาวประจักษ์สัมพันธ์เรื่องเอดส์ยังมีน้อย ไม่ทั่วถึง... เพื่อนบ้านแสดงท่าทางรังเกียจ ถูก ว่าทำไมต้องเป็นเอดส์ บางคนก็สมน้ำหน้าให้...

แต่สุดท้ายคนที่เคยดูถูกและรังเกียจเขากลับ เป็นผู้ติดเชื้อเสียเอง เมื่อเรารู้เราก็ก็น่าไปเยี่ยม และ ให้กำลังใจ แต่สุดท้ายเขาก็ตายหลังจากติดเชื้อ ได้ไม่นาน”

“ผมเที่ยว...ครับ ด้วยความเป็นหนุ่มอายุ 21 ปี ไม่รู้ติดเมื่อไหร่ รู้ตอนฟังผลเลือดตุลาคม ปี 38 ตกใจมาก! คิดฆ่าตัวตายเพื่อชดใช้กรรม”

“ป่าเชื่อว่าป่าคงไปทำกับเขาไว้ชาติก่อน ชาตินี้ เขาเลยเอาเอดส์มาติดเรา”

“เอดส์รักษาให้หายได้ แต่เชื้อเอชไอวีจะอยู่เป็น เพื่อนกับเราได้อย่างมีความสุข...เราไม่เป็น เอดส์”

2. แบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการ ติดเชื้อ

ภายหลังได้รู้ว่าตัวเองต้องเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่รู้เนื้อรู้ตัว ในระยะแรก ๆ ตัดสินใจทำอะไร ไม่ถูกเลยได้แต่เก็บตัวเงียบต่อมาเริ่มแสวงหาการ ดูแลสุขภาพและได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มมากขึ้น หันเข้าหาธรรมะจึงทำใจยอมรับได้ว่าเป็นเรื่องของ เภรกรรมต้องชดใช้ ยอมเปิดเผยตัวและเข้ากลุ่มผู้ติดเชื้อ แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ยังคงใช้ชีวิตดำเนินชีวิตไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป แต่มีบางคนยึดหลักการดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจ พอเพียงร่วมด้วย ดังตัวอย่าง

“เป็นเรื่องเวรกรรมของเรากับเขา ไม่สนใจ เพิกเฉย ค่าขายของเราต่อไป อะไรจะเกิดก็ ให้มันเกิด”

“เปิดร้านขายของชำที่บ้านอยู่ติดถนนใหญ่ ขายดี พี่ยอมรับเลยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ... เปิดเผย ตัวเองใช้ชีวิตปกติ ค่าขายเหมือนเดิม สามีเป็น

ผู้ก่อตั้งกลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ เมื่อปี 35 และ เขาเสียชีวิตปี 37”

“เมื่อรู้ว่าติดเชื้อ ตัดสินใจย้ายกลับบ้านเกิด ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง ไม่ฟุ้งเฟ้อ ใช้ชีวิต ที่เหลือให้มีความสุขที่สุดตามอัตภาพ”

3. พฤติกรรมสุขภาพภายหลังการติดเชื้อ

ในช่วง 1 ปีแรก ส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ และการรักษา อาศัยการเรียนรู้จากประสบการณ์ การดูแลปรนนิบัติสามีขณะเจ็บป่วย พฤติกรรม การดูแลสุขภาพเปลี่ยนไปจากคนที่ไม่เคยสนใจดูแลสุขภาพ กลับเริ่มหันมาดูแลสุขภาพเอาใจใส่สุขภาพตนเอง มากยิ่งขึ้น แสวงหาการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด โดยเลือก การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติดังนี้

3.1 ด้านร่างกาย มีผู้ให้ข้อมูล 17 คน เลือกใช้การรักษาแผนปัจจุบันด้วยยาต้านไวรัสซึ่งผลิต โดยองค์การเภสัชกรรม และเดือนตนเองรับประทานยา ตรงตามเวลาเดิมทุกวัน มาตรวจตามนัดทุกครั้ง แพทย์ ปรับสูตรยาให้ตามอาการและอาการแสดง ส่วนอีก 3 คน ใช้การรักษาแผนไทยและแพทย์ทางเลือก ทุกคน ปฏิบัติตามหลัก 5 อ. (อาหาร อากาศ ออกกำลังกาย อารมณ์ และอุจจาระ) ตามที่ได้รับคำแนะนำจากทีม สุขภาพ เลือกรับประทานอาหารธรรมชาติทั้งเนื้อวัว แต่ไม่งดอาหารที่เคยทราบว่าเป็นของแสลง บางคน รับประทานสมุนไพร ได้แก่ รากปลาไหลเผือก มะระขี้นก ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจร และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง มีบางช่วงที่สุขภาพทรุดหนักแย่งอย่างมากจนทำงาน ไม่ได้ต้องนอนป่วยที่บ้านและหยุดทำภารกิจ ครอบครัว ให้การดูแลทดแทนเป็นอย่างดี จัดบริการอาหารอ่อน รสจืด ใช้เวลาแรมปีสุขภาพดีขึ้นตามลำดับจนแข็งแรงดี ดังตัวอย่าง

“...ใช้ชีวิตปกติ...กินอาหารปกติ เช่น ขนมจีน น้ำมะพร้าว ผักชะอม งดอาหารทะเล เป็นต้น แต่น้ำปูไม่กินเพราะแพ้อยู่แล้ว”

“...ยังมีคุณภาพชีวิตดี เป็นประธานจัดตั้งกลุ่ม สันโป่งพัฒนา...กินยาต้านสูตร GPO-vir30 กินครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง เข้าเย็น (08.00, 20.00น.) ร่วมกับการทำสมาธิด้วย พลังพระมิตเข้า และก่อนนอน วันละ 20 นาที ใช้สมุนไพรรากปลาไหลเผือก (บดละเอียดใส่ แคปซูลเอง) กิน 3 เม็ดหลังอาหารเข้าเย็น กินอาหารธรรมชาติรสจืด ไม่เคี้ยว...รับงาน มาทำที่บ้าน พยาบาลแนะนำให้ดูแลสุขภาพ แบบ 5 อ.”

“...งดอาหารหมักดอง ปลาไม่มีเกล็ด เนื้อวัว และอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ... เริ่มกินสมุนไพรของ สวท. เป็นมะระขี้นก ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร และวิตามิน อย่างละเม็ดก่อนนอน และใช้ยา ต้าน...กินอย่างละเม็ด เข้า-เย็นตรงเวลา ปัจจุบัน เปลี่ยนมาใช้ยา Zilavir (AZT+3TC), Nevirapine (Nevirapine) กินครั้งละเม็ดวันละ 2 เวลาเดิม...”

“...พอเข้าปีที่ 4 ผมเริ่มมีอาการแย่งจึงย้าย กลับมาอยู่บ้าน ช่วงป่วยหนักไม่สามารถช่วย เหลือตนเองได้มีน้ำและน้องสาวดูแลอย่างดี ทำกับข้าวให้กินเป็นอาหารรสจืด จำพวก ผัก ปลา กินชะอมทอดใส่ไข่ หัวไชโป๊เค็ม ต้มจัด ผักกาดขาว ไปไหนไม่ได้ หยุดทำงาน น้ำหนัก ลด 20 กิโลกรัม รักษาตัวอยู่ 1 ปี แข็งแรงขึ้น โดยลำดับสามารถช่วยเหลือตนเองได้...”

3.2 ด้านจิตใจ มีวิธีคลายเครียดด้วยการ ทำสมาธิ หรือทำสมาธิด้วยพลังพระมิตเพื่อการรักษา มีสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือ อย่างใกล้ชิด ดังตัวอย่าง

“...ร่างกายแข็งแรงดี ทำให้สบาย ไม่ให้เครียด ทำสมาธิ สวดมนต์ชินบัญชร ทุกวัน ๆ 5-10 นาที”

“...เข้าร่วมปฏิบัติสมาธิด้วยพลังพีระมิด (งานวิจัย) เป็นเวลา 1 ปีเต็ม ช่วงนั้นสุขภาพดี ไปพบกลุ่มวิจัยทุกเดือนไม่เคยเว้น ยังไม่ได้รับยาต้าน หลังจบงานวิจัยเริ่มป่วยท้องเสีย น้ำหนักลดแพทย์เริ่มให้ยาต้าน... กินได้ 1-2 เดือน อาการดีขึ้น น้ำหนักขึ้น 4 กิโลกรัมยังทำสมาธิที่บ้าน...”

“เมื่อรู้ว่าตัวเองเป็นผู้ติดเชื้อ...ครอบครัวทุกคนเข้าใจไม่ได้รังเกียจและให้กำลังใจว่าไม่ได้มีเราเป็นคนเดียวคนอื่นก็ยังมีกันเต็มบ้านเต็มเมือง เราก็ต้องสู้ต่อไป”

3.3 ด้านจิตวิญญาณ นับถือศาสนาพุทธ 18 คน ศาสนาคริสต์ 2 คน ยึดหลักศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจและจิตวิญญาณ ปลงตกกับชีวิต และไม่กลัวตายแต่ขอทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมก่อนตาย เข้าวัดทำบุญ มีเวลาเตรียมตัวตาย ดังตัวอย่าง

“...วันอาทิตย์ไปโบสถ์...ทุกวันนี้มีความเชื่อว่าพระเจ้ามีจริงเพราะคำอธิษฐานเป็นจริง...”

“...ปัจจุบันเป็นอาสาสมัครสถานเฝ้าระวังบ้านท่อมี่เป้าหมายในชีวิต คือ ทำให้ดีที่สุด ทำงานกับชุมชนที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ช่วยเหลือผู้อื่น เยี่ยมไข้ผู้ติดเชื้อ ยังมีเชื่อว่า เชื้อเอชไอวีที่อยู่ในตัวเราจะดูแลมันเป็นอย่างดี เมื่อเราไม่ทำลายมัน มันก็ไม่ทำร้ายเรา กินยาให้มันสงบแต่ไม่ได้ฆ่ามัน...”

“เข้ากลุ่มผู้ติดเชื้อ ถือศีล กินอาหารมังสวิรัต ในวันพระและวันเกิด ไปทำสมาธิที่วัดดอยเก็ง...”

3.4 ด้านสังคม ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเพราะสังคมให้การยอมรับ มีบางคนได้รับเชิญเป็นวิทยากรร่วมรณรงค์และแบ่งปันประสบการณ์

“...นายจ้างยอมรับเข้าใจและอนุญาตให้ไปทำสมาธิของวัดดอยเก็งได้ เพื่อนร่วมงานเข้ากันได้ดี...”

“...เป็นแกนนำผู้ติดเชื้อระดับจังหวัด เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้และแบ่งปันประสบการณ์ การดูแลสุขภาพเป็นตัวแทนภาคประชาชน ควบคุมมาตรฐานบริการสาธารณสุข จัดรายการวิทยุชุมชน...เข้างานสังคมก็ดื่มเป็นบางครั้ง...”

การอภิปรายผล

1. ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิง 15 คน เพศชาย 5 คน ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์จากสามีหรือภรรยาที่แต่งงานใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ในปีพ.ศ. 2542 พบว่า หญิงที่เป็นภรรยา มีการติดเชื้อจากสามี และหญิงคนรัก มีการติดเชื้อจากคูรัก ถึงร้อยละ 75⁶ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 16 คน คิดเป็นร้อยละ 90 เป็นกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์เอดส์ปัจจุบัน¹

2. การรับรู้ต่อโรคเอดส์

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ตามบริบทของสังคมไทย เชื่อว่าชีวิตดำเนินไปตามกฎแห่งกรรม ทุกคนมีกรรมเป็นของตนเอง ส่วนด้านประเพณีและวัฒนธรรมไทย เชื่อว่าการทำบุญละเว้นบาปผลบุญที่ได้กระทำไว้จะส่งผลให้ตนมีความสุขทั้งในชาตินี้และชาติหน้า และความเป็นปัจเจกของตน เชื่อว่าเป็นโรคของเวรกรรมที่เป็นผลจากการกระทำของตนเอง หรือเป็นการชดใช้กรรมกับสามี (ที่เคยมีวิบากกรรม

ต่อกันในอดีตชาติ) และเป็นกฎแห่งกรรมตามความเชื่อของพุทธศาสนา “ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว (กल्याณการี กल्याณ ปาปการี จ ปาปก) สัตว์โลกย่อมเป็นไปตามกรรม (กมฺมุนา วุตตตีโลโก)”⁷ และรับรู้ว่าเป็นโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ เมื่อผู้ติดเชื้อรับรู้และยอมรับได้ถึงสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้น ยอมรับหน้ารับกรรมตามชะตาชีวิต ปลงตก และไม่คิดมาก จึงส่งผลให้การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปตามธรรมชาติที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีและใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข

3. แบบแผนการดำเนินชีวิตหลังการติดเชื้อ

ถึงแม้จะรับรู้ว่าเป็นโรคสังคมรังเกียจและส่วนใหญ่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แม้จะยังไม่มีทางรักษาให้หายผู้ให้ข้อมูลทุกคนก็ยังคงดำเนินชีวิตไม่แตกต่างจากคนปกติทั่วไป มีการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงและได้รับยาต้านไวรัส สอดคล้องกับเป้าหมายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ เกียรติ รัชรุ่งธรรม² กล่าวว่า “การรักษาโรคเอดส์โดยทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตดีและมีชีวิตยืนยาวที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ลดอุบัติการณ์การติดเชื้อเป้าหมายการใช้ยาต้านคือให้มีปริมาณเชื้อน้อยที่สุดและมีCD4มากที่สุดและเปลี่ยนสูตรยาเพื่อป้องกันการดื้อยา” เมื่อร่างกายแข็งแรงจะเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข บางคนใช้การดำเนินชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงร่วมด้วยทำให้ตนเองและครอบครัวดำเนินชีวิตอย่างอดทน มีความเพียร มีสติปัญญา และพร้อมต่อการรองรับของการเปลี่ยนแปลง⁸ แบบแผนการดำเนินชีวิตจึงเป็นแบบเรียบง่ายไม่ฟุ้งเพื่อใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างลงตัวและมีความสุข

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังการติดเชื้อ

ภายหลังผู้ให้ข้อมูลต้องกลายเป็นผู้ติดเชื้อแล้วทุกคนแสวงหาการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด โดย

เลือกการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพของร่างกาย จึงไม่ทำให้เกิดโรคเพราะสาเหตุของการเกิดโรคเกิดจากความเสียสมดุลของร่างกาย กล่าวคือ แพทย์แผนจีน มีสาเหตุจากการเสียสมดุลของหยินและหยาง แพทย์แผนปัจจุบันมีสาเหตุมาจากการเสียสมดุลของร่างกาย (host) เชื้อโรค (agent) และสิ่งแวดล้อม (environment) และแพทย์แผนไทย มีสาเหตุจากสมุฏฐานโรค 12 ประการ เช่น การเปลี่ยนแปลง ของฤดูกาล หรือเสียสมดุล เช่น การรับประทานมากเกินไปหรือน้อยเกินไป เป็นต้น⁹ สำหรับผู้ติดเชื้อเมื่อร่างกายเกิดดุลยภาพระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์จึงไม่เกิดโรคหรืออาการแทรกซ้อนแต่อย่างใดจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตดี และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีที่มีความสอดคล้องกับคุณภาพชีวิต

4.1 การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล 17 คน ใช้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจากโครงการของรัฐบาลเป็นยาต้านที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรม แสดงว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขครบ เพราะการรับประทานยาต้องมีความต่อเนื่องและตรงเวลา ห้ามหยุดยาเอง ต้องพบแพทย์ตามนัด เจาะเลือดตรวจ CD4 และปริมาณเชื้อ ทุก 3-6 เดือน และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ส่วนกลุ่มที่ไม่ใช่ยาต้านไวรัส 3 คน มีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เน้นดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองเป็นอย่างดี สอดคล้องกับแจ็ก ธนะสิริ¹⁰ กล่าวว่า “การแก้ปัญหาสุขภาพขึ้นอยู่กับอาหารที่กิน การออกกำลังกาย การพักผ่อนเพียงพอ และการใช้ชีวิตเรียบง่าย สงบ โรคก็จะไม่เกิด เพราะภูมิคุ้มกันในตัวสูงมาก อาหารนั้นแหละคือยา (ปัจจุบันคนไทยใช้ยาเป็นอาหาร) การเดินเป็นยาขนานเอก และโรค

เกิดจากภาวะที่เสียสมดุลของกาย จิต และสิ่งแวดล้อม” การได้รับอาหารที่มีคุณค่าเป็นประจำ จะส่งเสริมให้ร่างกายมี CD4 cell สูงขึ้น และได้รับวิตามินและเกลือแร่ ได้แก่ เหล็ก วิตามินอี วิตามินบีสองทำให้เกิดโรคเอดส์ช้าลง การที่ผู้ติดเชื้อได้รับ โนอาซีน และวิตามินเอ ในขนาดสูงจะช่วยลดอัตราการเกิดเอดส์ได้ แต่หากผู้ติดเชื้อได้รับสังกะสีเกินขนาดจะกลับเพิ่มอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ การลดปริมาณของวิตามินเอ และวิตามินบีสิบสอง แก่ผู้ติดเชื้อ จะทำให้ระดับ CD4 cell ลดลงด้วย ซึ่งส่งผลให้เสี่ยงต่อเป็นโรคเอดส์ได้เร็วขึ้น¹¹

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ไม่งดอาหารแสลง ได้แก่ น้ำมะพร้าว ผักชะอม น้ำปู (เป็นเครื่องปรุงรสใช้ในการประกอบอาหารภาคเหนือ) ซึ่งไม่สอดคล้องกับความรู้เดิมที่ห้ามงดอาหารแสลงดังกล่าว อาหารที่หลีกเลี่ยง เช่น อาหารหมักดอง เนื้อวัว เป็นต้น หมตรี สุทธจิตต์¹² กล่าวว่า “ภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีความพร่องของสารอาหารหลายชนิด การใช้สารอาหารเสริมสุขภาพ ได้แก่ กรดอะมิโน กรดไขมัน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน วิตามินเอ ซี อี และวิตามินบีรวม และกลุ่มสารแอนติออกซิแดนท์ คือ เบต้าแคโรทีน คาโรทีนอยด์ ไบโอพลาโวนอยด์ ซีสเทอีน สังกะสี เซเลเนียม การพร่องสารแอนติออกซิแดนท์ จะทำให้ผู้ติดเชื้อกลายเป็นโรคเอดส์ได้รวดเร็วขึ้น ข้อควรระวังในการได้รับอาหารที่มีสารพิษ หรือปนเปื้อน ทำให้ความต้านทานโรคลดลงส่งผลให้อาการทรุด อาการโรครุนแรงเพิ่มมากขึ้น”

กลุ่มที่ไม่ใช่ยาด้านไวรัส เลือกใช้ฟ้าทะลายโจร พบว่า รักษาโรคบิด ท้องร่วงเฉียบพลัน ได้ดีเท่ากับยาเตตราซัยคลิน¹³ ใช้สมุนไพรปลาไหลเผือก กิน 2 แคปซูล 3 เวลาหลังอาหาร จากงานวิจัยของ

สุจิตรา ทองประดิษฐ์โชติ และคณะ¹⁴ พบว่า ยาตำรับจันทลีลาขนาด 400 มก./กก. สามารถลดไข้ได้ตั้งแต่ชั่วโมงที่ 1 หลังจากได้รับยา และยังคงแสดงผลต่อเนื่องไปอีก 3 ชั่วโมง เช่นเดียวกับพาราเซตามอล (ยาตำรับจันทลีลา มีสมุนไพรปลาไหลเผือกเป็นส่วนประกอบ) แมทมูดและฮัสเซน (Mahmood and Hussein)¹⁵ พบว่า มีฤทธิ์ต้านเชื้อมาลาเรียชนิดฟัลซิพารัม ฆ่าเซลล์มะเร็ง สمانแผล และลดไข้ นอกจากนี้ยังเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกด้วยการทำสมาธิเชื่อว่าพลังในตนเองบำบัดให้โรคหาย¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยสมาธิเพื่อการรักษาโรคของสิริรัตน์ จันทระมะโน และคณะ⁹ พบว่า ค่าสัมบูรณ์ของเซลล์ CD4 ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดี คือสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย

4.2 ด้านจิตใจ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีวิธีการคลายเครียดด้วยการทำสมาธิ หรือทำสมาธิด้วยพลังพีระมิดเพื่อการรักษา การทำสมาธิเมื่อกำหนดจิตสงบนิ่งชั่วระยะเวลาหนึ่ง สมองส่วนลิมบิกจะหลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยบรรเทาอาการปวด และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นสารที่ร่างกายสร้างขึ้นมาได้เอง จึงเรียกว่า “มอร์ฟินธรรมชาติ” แต่การทำสมาธิด้วยพลังพีระมิดเป็นการใช้พลังจิตของตนเองร่วมกับพลังพีระมิด ทำให้จิตสงบได้เร็ว และคงเป็นสมาธิไว้ได้นานเท่าที่ต้องการ¹⁶ และมีสมาธิในครอบครัวเข้าใจ และให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด สอดคล้องกับ นริศรา ครสาคู¹⁷ พบว่า บุคคลในครอบครัวที่ให้การปลอบใจ ให้กำลังใจส่วนมากเป็นสตรีเพศ คือ มารดา พี่สาว น้องสาว เป็นเหตุให้เขามีกำลังใจ และสิ่งที่คุณติดเชื้อต้องการคือ ความเข้าใจ การยอมรับและ

สัมพันธ์ภาพที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังได้กำลังใจจากครอบครัวและคนที่รักได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว และดูแลในยามเจ็บป่วย พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต)¹⁸ อธิบายเรื่องพุทธวิธี เสริมสุขภาพ ไว้ว่า “เป็นธรรมดาว่า กายกับใจเป็นสิ่งอาศัยซึ่งกันและกันพอกายเจ็บป่วยไม่สบาย คนทั่วไปก็มักจะพาลจิตใจไม่สบาย เศร้าหมอง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายไปด้วย และในทำนองเดียวกัน เมื่อจิตไม่สบายก็พลอยให้กายไม่สบายไปด้วย เริ่มตั้งแต่รับประทานอาหารไม่ได้ ร่างกายเศร้าหมอง ผิวพรรณชухชืด เป็นสิ่งที่เนื่องอาศัยกัน ในทางตรงข้ามคือ ถ้าจิตใจดี มีกำลังใจ หรือจิตผ่องใสเบิกบาน โรคที่เป็นมากก็กลายเป็นน้อย หรือที่จะหายยาก ก็หายง่ายขึ้น ยิ่งถ้าหากว่ากำลังใจที่ดั้นด้นมีมากถึงระดับหนึ่งก็ไม่เพียงแต่ทำให้โรคบรรเทาเท่านั้น แต่อาจจะช่วยรักษาโรคไปได้เลย ทั้งนี้ก็อยู่ที่ว่าจะช่วยทำใจของเราหรือรักษาใจของเราได้มากแค่ไหน”

4.3 ด้านจิตวิญญาณ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ยึดหลักศาสนาเป็นที่พึ่งทางจิตใจและจิตวิญญาณ นับถือศาสนาพุทธ 18 คน และศาสนาคริสต์ 2 คน พระมหาปองปริตตา ปรีปุลฺโล¹⁹ กล่าวว่า “การใช้ธรรมโอสถในการดูแลสุขภาพ 1) การใช้สมาธิบำบัด 2) การฟังและพิจารณาธรรม เกิดความซาบซึ้งในเนื้อหาธรรม มีผลทำให้เกิดความสงบผ่อนคลายทางกายและใจส่งผลให้โรคหายได้ ธรรมโอสถจึงมีผลต่อการรักษาโรค” ปลงตลกกับชีวิต และไม่กลัวตาย ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมก่อนตาย เข้าวัดทำบุญ สอดคล้องกับอุทฺทยา นาคเจริญ²⁰ พบว่าผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจว่าความตายเป็นเรื่องธรรมชาติ และใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ด้วยการเสริมสร้างคุณค่าและประโยชน์แก่คนอื่น มีการทำบุญหรือประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอยู่เสมอ โดยมีความเชื่อว่าบุญกุศลจะส่งผล

ให้มีคุณภาพชีวิตดีและมีความสุข และส่งผลให้ไปอยู่ในภพภูมิที่ดีเมื่อชีวิตต้องจากไป

4.4 ด้านสังคม

นอกจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการยอมรับจากครอบครัวแล้ว ยังได้รับการยอมรับจากสังคม เพื่อนบ้าน และเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ๆ และแบ่งปันประสบการณ์การดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน มีบางคนได้รับเชิญเป็นวิทยากรร่วมการรณรงค์และแบ่งปันประสบการณ์ซึ่งสอดคล้องกับ สิทธิรัตน์ จันทระโน และคณะ⁹ พบว่า สัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับดี หมายความว่าสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเพื่อนบ้านได้ตามปกติ สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้การยอมรับ และยินดีให้การช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังคงรักษาสัมพันธ์ภาพ และมิตรภาพไว้ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้:

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การให้คำแนะนำในการพิจารณาเลือกใช้การรักษาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกจะช่วยเสริมประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ส่งผลให้การดำเนินของโรคช้าหรือคงที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ส่วนด้านการศึกษาพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แบบองค์รวมอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป:

แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีหลายประเด็นการดูแลสุขภาพที่น่าสนใจจึงเสนอแนะว่าควรทำการศึกษาติดตามวิถีทางการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนกลุ่มนี้ต่อไปจนกว่าจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและหาสาเหตุที่แท้จริงของการเสียชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [โฮมเพจ]. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2554. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2554]. จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20110401_67083155.
2. เกียรติ รัชกรรุ่งเรือง. Advance on AIDS: Pathogenic and therapy ใน สิริ เขียวชาลววิทย์ (บรรณาธิการ). Atlas of HIV Infection. กรุงเทพฯ: พีบี ฟอเรนส์บิค เซนเตอร์; 2540
3. ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์, ปิยะ หาญรวงศ์ชัย, ถาวร สกุลพาณิชย์ และสมบัติ แทนประเสริฐสุข. การประมาณการบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ 50,000 รายภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วารสารโรคเอดส์ 2548; 17(3): 130-43.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [โฮมเพจ]. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2553. [เข้าถึงเมื่อ 17 พฤษภาคม 2554]. จาก <http://203.157.45.99/aids/>
5. Colaizzi, P.F. Psychological research as the phenomenologist views it. In R. Vaile & M. King (Eds.), Existential phenomenological alternative for psychology. New York: Oxford University Press; 1978
6. พีระมน นิงสานนท์. วิเคราะห์สภาพปัญหาเอดส์. สารศิริราช 2548; 57(6): 214-16
7. กรมพระยาวชิรญาณวโรรส. พุทธศาสนสุภาษิต เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 30. กรุงเทพฯ: มหามงกุฎราชวิทยาลัย; 2532
8. เพ็ญศรี เปลี้นขา. วิธีการดำเนินชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. วารสารวิชาการราชภัฏตะวันตก. 2550; 2 (1): 27-37
9. สิริรัตน์ จันทระมะโน, มนูญ ใจเขื่อนแก้ว, ศิริพร วงศ์ชัย และสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. การปฏิบัติสมาธิด้วยพลังพระมิต มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันโรคและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษา: การปฏิบัติสมาธิแนว พระอาจารย์รัตน์ รัตนญาณ วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. การประชุมวิชาการประจำปีการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก แห่งชาติ ครั้งที่ 3 .ในงานมหกรรมสมุนไพรรักษาชาติ ครั้งที่ 3. 30 สิงหาคม – 3 กันยายน 2549. ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพคเมืองทองธานี กรุงเทพฯ; 2549. 91
10. เอก ธนะสิริ. วิวัฒนาการทางการแพทย์ในโลกจากอดีต สู่ปัจจุบันและอนาคต. วารสารการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 2549; 4 (2): 122-25.
11. พัชรี ตั้งตุลยางกูร. โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ: กองเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
12. ไมตรี สุทธิจิตต์. บทที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยโภชนาการ. เอกสารสรุปการจัดสัมมนา วิทยาศาสตร์การแพทย์ทางเลือกสำหรับการดูแลผู้ป่วยเอดส์. ณ โรงแรมโรสการ์เด็น อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม; 2547. 26-45.
13. ฟ้าทะลายโจร. [ออนไลน์]. เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2550, จาก <http://www.ku.ac.th/e-magazine/february45/agri/far.html>
14. สัจจิตรา ทองประดิษฐ์โชติ, ยุวดี วงษ์กระจ่าง, รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, รัตนา นาคสง่า และบุญเทียม คงศักดิ์ตระกูล. ฤทธิ์ลดไขมันของยาตำรับจันทลีลา. วารสารสมุนไพรร 2544; 8 (1): 24-30
15. Mahmood M. & Hussein S.B. Eurycoma longifolia: An Important Malaysia Herb. The 3rd World Congress on Medicinal Plant and Aromatic Plants for Human Welfare. Chang-Mai, Thailand; 2003. p. 229

แบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี

16. สิริรัตน์ จันทระมะโน. การทำสมาธิด้วยพลังพระมิตลลดความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดใหญ่. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2550; 5 (2): 166-72.
17. นริศรา ครสาคุ. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของภรรยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
18. พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). โภชนรงค์: พุทธวิธีเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สหธรรมิก; 2545.
19. พระมหาปองปรีดา ปริบุญโญ. การป้องกันและรักษาโรคตามหลักพุทธศาสนา. วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา 2549; 1 (2): 61-73
20. อุทยา นาคเจริญ. การเตรียมตัวสำหรับความตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544

Lifestyles and Health Behaviors of Persons with HIV/AIDS with Good Quality of Life

Siriratana Juntaramano M.Sc.*

Janerawee Sawangareeruk M.N.S**

Abstract: The objectives of this qualitative research were to study lifestyles and health behaviors of persons with HIV/AIDS who had a good quality of life (Karnofsky score 80 – 100) after having the infection more than 10 years. The informants, fifteen females and five males, were purposively selected by snowball sampling. Data were collected by using in-depth interviews, participative and non-participative observations and field records, and analyzed by Colaizzi' technique.

The results found that informants perceived the meaning of AIDS as an ostracizing disease, incurable, resulting from and karmic influences. The informants' lifestyles were as normal persons, some followed the economic efficiency lifestyle, changing health behaviors by increased self-care. The informants sought holistic care in 4 dimensions: 1) Physically: most informants who administrated antiretroviral drugs (ARV), took ARV punctually as prescribed. Some informants were treated with an integration of Thai Local Medicine and Alternative Medicine; emphasized eating more natural foods, and stopped eating beef, but did not stop eating foods known to have adverse effects, and treated themselves with *Eurycoma lingifolia* Jack. Sometimes their health was poor so that they could not work. However, families provided total care, and a soft, low-salt diet, taking a year for improvement. 2) Mentally: most informants relieved their stress by meditation or meditation by using pyramids. 3) Spiritually: as believing in religion, informants were able to cope with the death and not to be fearful. 4) Socially: the informants received more social acceptance. They provided their experiences and knowledge to others.

The suggestion from this study was treatment with Thai traditional medicine and alternative medicine to help to promote the efficiency of current treatment and leading to good quality of life.

Thai Journal of Nursing Council 2011; 26(2) 57-69

Keywords: Lifestyle, Health behavior, Quality of Life, HIV/AIDS patients,

*Assoc. Prof. McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai

**Instructor, Faculty of Nursing, Western University, Pathum Thani