

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดหัวข้อที่ศึกษาไว้ดังนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์
2. การให้ยาไซโคควินในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโคควิน
4. คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโคควิน
5. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์

เมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะได้รับผลกระทบอย่างมากมายหลายด้าน แต่จะได้รับผลกระทบมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับระยะของโรคและปัจจัยอื่นๆ ประกอบกัน แบ่งผลกระทบออกได้เป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ ผลกระทบทางด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

การติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์เหมือนกับคนทั่วไป คือ เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย จะอาศัยอยู่ในเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ซึ่งเซลล์เหล่านี้ทำหน้าที่สำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายเมื่อไวรัสเอชไอวี เจาะทะลุเข้าไปในเซลล์ดังกล่าวแล้ว เปลี่ยนสารถ่ายทอดทางพันธุกรรมของตนเองแทรกผสมเข้ากับสารถ่ายทอดทางพันธุกรรมของผู้ได้รับเชื้อ และทุกครั้งที่เซลล์ของผู้รับเชื้อแบ่งตัว เซลล์ใหม่ที่ได้จะมีชิ้นของไวรัสอยู่ด้วย เหตุนี้เองทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวี คงมีอยู่ในร่างกายของคน ได้ตลอดชีวิต เชื้อเอชไอวีจะอยู่ในเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซต์โดยไม่ได้แสดงอาการของโรค แต่ถ้าบุคคลนั้นร่างกายอ่อนแอลง หรือไม่ได้รับสารอาหารเพียงพอ หรือไปรับเชื้อเพิ่มอีก เชื้อเอชไอวีจะแบ่งตัว ซึ่งเชื้อเอชไอวีแบ่งตัวได้รวดเร็วกว่าไวรัสชนิดอื่นถึง 500-1,000 เท่า (ประเสริฐ, 2532) ทำให้เม็ดเลือดขาวที่ไวรัสเอชไอวีอาศัยอยู่จะถูกทำลายไปและต่อเนื่องไปถึงการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายส่วนอื่นด้วย ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันได้น้อยลง ผลก็คือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง เมื่อมีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายก็ไม่ถูกทำลายแต่กลับเจริญเติบโตมากขึ้น จึงทำให้เกิดโรคตามลักษณะของเชื้อโรคนั้น เช่นถ้าได้รับเชื้อที่ทำให้เกิดปอดบวมก็เกิดโรคปอดบวม ถ้าเชื้อโรคทำให้เกิดท้องร่วงจะทำให้เกิดท้องร่วง ถ้าเป็นโรค

ที่ทำให้เกิดสมองอักเสบก็เป็นโรคสมองอักเสบ โรคพวกนี้รักษาให้หายได้ แต่เมื่อรับเชื้อใหม่อีกก็จะเป็นโรคอีก เมื่อรักษาไปนาน ๆ เชื้อจะคือยา ในที่สุดจะรักษาไม่ได้ และผู้ป่วยจะตายในที่สุด

ระยะเวลาตั้งแต่เชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจนปรากฏอาการของโรค เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะใช้เวลาฟักตัวนานเท่าไรยังไม่รู้คำตอบแน่นอน จากการศึกษาของการดำเนินของโรคในประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้แบ่งระยะเวลาตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวีจนมีอาการของเอดส์แบ่งออกได้ 4 ประเภท (Bacchetti & Moss อ้างตาม เกียรติ, 2541)

1. การดำเนินโรค เป็นไปอย่างรวดเร็ว เกิดอาการของโรคเอดส์ไม่เกิน 3 ปี พบได้ร้อยละ 5
2. การดำเนินโรคปานกลาง เกิดอาการของโรคเอดส์ เฉลี่ย 8-10 ปี พบได้ร้อยละ 80-90
3. การดำเนินของโรคช้ามาก หรือคงสภาพเดิม เกิดอาการของโรคเอดส์นานมากกว่า 10 ปี พบได้น้อยกว่า ร้อยละ 5
4. ผู้ติดเชื้ออยู่ได้นานกว่า 10-15 ปี ภายหลังการติดเชื้อ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการรักษา โดยที่มีสภาพของโรคคงที่เป็นเวลาหลายปี ไม่มีตัวเลขที่แน่นอนของคนในกลุ่มนี้

สำหรับประเทศไทย สุณี และคณะ (สุณี และคณะ, 1992 อ้างตาม สุรพล และมัทนา, 2536) ได้ศึกษาติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี 52 ราย เป็นเวลา 2 ปี พบว่า มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ร้อยละ 6.8 ต่อปี

การที่ผู้ป่วยแต่ละรายเกิดโรคเอดส์ได้เร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมอีกหลายอย่าง เช่น ภาวะสุขภาพที่มีอยู่เดิม ภาวะโภชนาการ และการได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มเป็นต้น แต่บางคนมีเชื้อไวรัสเอชไอวีแฝงอยู่ในเซลล์ของร่างกายตลอดชีวิต โดยไม่แสดงอาการอะไรเลย (Minkoff, 1986)

ผลของการตั้งครรภ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ในระยะแรกเชื่อว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคเอดส์ได้ง่ายกว่าคนทั่วไป เพราะอัตราการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและปริมาณเชื้อในร่างกาย ในขณะที่ตั้งครรภ์ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงโดยเฉพาะทีเซลล์ ทั้งนี้เป็นผลมาจากฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอโรยด์ เอสโตรเจน เอชซีจี และแอลฟา พีโค โปรตีน ซึ่งจะเพิ่มสูงขึ้นมาก นอกจากนี้คอร์ติโคสเตอโรยด์ยังกดหรือระงับการทำงานของฟาโกไซต์ด้วย ฉะนั้นการตั้งครรภ์อาจเป็นสาเหตุให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (Coyne & Londer, 1990) และการตั้งครรภ์อาจเป็นสาเหตุให้การดำเนินของโรคกลายเป็นกลุ่มอาการที่สัมพันธ์กับเอดส์หรือเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นได้เร็วขึ้น แต่ต่อมาเมื่อศึกษาให้ละเอียดขึ้น ได้ผล

ไม่ชัดเจนว่าการตั้งครรภ์ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ได้มีการศึกษาติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 39 คน พบว่ามีเพียง 1 คน เท่านั้นที่มีอาการของโรคเอดส์ แต่ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีอาการของโรคเอดส์และมีสุขภาพทรุดโทรมแล้ว การตั้งครรภ์ก็มีผลต่อโรคด้วย (Hanley & Lincoln, 1992)

ลักษณะอาการของโรค

หลังจากได้รับเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายจะเกิดอาการได้หลายลักษณะขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อและระดับภูมิคุ้มกันที่ร่างกายมีอยู่และเสียไปในระยะต่อมา

เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการดูแลรักษา กระทรวงสาธารณสุขแบ่งอาการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะไม่แสดงอาการใด ๆ เกี่ยวกับโรคเอดส์ บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ภายใน 3-4 สัปดาห์หลังจากการติดเชื้อ อาการดังกล่าวจะหายไปโดยไม่ต้องรักษา ผู้ติดเชื้อระยะนี้ตรวจพบผลเลือดบวกต่อโรคเอดส์ และสามารถแพร่เชื้อโรคเอดส์ไปสู่ผู้อื่นได้

2. ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ ตรวจพบการติดเชื้อโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน ดังต่อไปนี้

- 2.1 มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน
- 2.2 อูจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
- 2.3 น้ำหนักลดเกิน ร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว
- 2.4 มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน
- 2.5 มีเชื้อราในปาก
- 2.6 เป็นแฮร์ ลิวโกเพลเคีย (hairy leukoplakia)
- 2.7 เป็นโรคงูสวัด (herpes zoster)

3. ระยะป่วยเป็นโรคเอดส์ ตรวจพบการติดเชื้อโรคเอดส์ และมีอาการที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย โปรโตซัว ไวรัส รา พยาธิ ร่วมด้วย ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบต่าง ๆ

ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

การตกอยู่ในสภาพการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์ นับเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรงมากของบุคคล เป็นความเครียดเรื้อรังเพราะต้องเผชิญกับสภาพปัญหาต่างๆ นานัปการ สำหรับผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์แล้วจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงอันเนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลง จึงง่ายต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ และมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังตามมาเป็นระยะ ๆ ตลอดชีวิตและจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีความเป็นอยู่ เช่น ต้องระมัดระวังเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเป็นพิเศษ คือ การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการรับประทานยาเพื่อรักษาอาการของโรคที่เกิดขึ้น ต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะถูกกีดกันทางสังคม ให้ความรู้สึกว่าคุณเป็นโรคที่น่ารังเกียจ คนทั่วไปไม่กล้าติดต่อกัน ต้องถูกแบ่งแยก ทำให้ผู้เป็นเอดส์ มีอารมณ์โกรธ วิตกกังวล และมีความรู้สึกกลัว ได้แก่ กลัวอาการของโรค กลัวความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย กลัวสังคมทอดทิ้ง กลัวถูกแยกจากครอบครัว (อรอนงค์ และนรินทร์, 2537ก) นอกจากนี้สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ฐานะทางการเงินไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจก็ต่อเนื่องตามมา เนื่องจากสมรรถนะของร่างกายเปลี่ยนไปไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงชีพได้เหมือนเดิม การที่ไม่ได้ทำงาน นอกจากจะสูญเสียรายได้แล้วยังเป็นการสูญเสียความภาคภูมิใจในความเป็นตัวของตัวเอง ในกรณีต้องพึ่งพาผู้อื่นในเรื่องเศรษฐกิจ เมื่อมีอาการของโรครุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยังไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายจะได้รับผลกระทบทางจิตสังคมเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้กันโดยทั่วไปว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอน ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าจะต้องเสียชีวิตแน่นอนแต่โรคนี้อาจไม่ได้ทำให้เสียชีวิตทันที ผู้มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นแล้ว และไม่ได้รับการรักษาใช้เวลา 2-5 ปี ถึงจะเสียชีวิต (Clement & Hollander, 1992) หรือการปรากฏอาการของโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นอาจต้องใช้เวลานานถึง 10 ปี (Allen & Curran, 1998) ดังนั้นในระหว่างช่วงเวลาที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคเอดส์นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงเผชิญกับภาวะความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรคหรืออนาคตที่ไม่อาจคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการคุกคามของโรคต่อร่างกายและชีวิตในอนาคตได้ อันนำมาซึ่งความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ รู้สึกผิด เกลียดชังตนเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดหรือฆ่าตัวตาย

นอกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะทุกข์ทรมานใจจากความรู้สึกของตัวเองแล้วยังได้รับผลกระทบจากสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ที่พบครั้งแรกในกลุ่มผู้รักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งกลุ่มคนหรือพฤติกรรมของคนกลุ่มนี้ สังคมได้ตีตรา (socially stigmatized) ว่าเป็นคนเลว คนผิดศีลธรรม โรคเอดส์จึงเป็นโรคที่มีตราบาป (stigmatized disease)

การให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ นำไปสู่อคติและการแบ่งแยกซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จาก การที่สังคมหรือแม้แต่ครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอง ได้แสดงออกถึงความหวาดกลัว รังเกียจเคียดจัญท์ ไม่ยอมรับ กีดกัน ต่อต้าน ริดรอนสิทธิประโยชน์และโอกาสในการรับบริการต่าง ๆ (เพ็ญจันทร์, 2537; Bennett, 1990; Cole & Slocumb, 1993 & Wallack, 1991) ผลกระทบที่ตามมาคือการสูญเสียอย่างมหาศาล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ต้องออกจากงาน ถูกไล่ออก เปลี่ยนงานหรือไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป ทำให้ขาดรายได้สูญเสียบทบาทหน้าที่ ไม่มีที่พักอาศัย สูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สูญเสียความเป็นบุคคล

ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้เป็นโรคเอดส์ถูกห่อหุ้มไว้ด้วยความลึกลับ น่ากลัวและความตาย (Miesenhelder & LaCharite, 1989) และเป็นความตายที่ถูกประทับตราด้วยเอกลักษณ์ของคนไม่ดี จึงเป็นตราบาปเชิงซ้อนทำให้ไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของตนให้บุคคลรอบข้างรับรู้ พยายามปกปิดความจริง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามความกดดันของสังคม กล่าวได้ว่าตราบาปจากสังคมที่มีต่อโรคเอดส์ เป็นรากฐานที่สำคัญที่ส่งผลต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้เป็นโรคเอดส์ได้สูงมาก

ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งสรุปใจความสำคัญได้กล่าวไว้ในข้างหน้าและได้มีการศึกษาของพรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) ที่ได้ศึกษาปรากฏการณ์ การมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงตั้งครรภ์ ได้พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้กังวลห่วงใย เป็นเรื่องของใจมากกว่ากาย ผู้ติดเชื้อคอยนึกหวาดระแวงและระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลา กล่าวที่คนอื่นจะรู้ว่าตัวเองติดเชื้อโรคเอดส์และจะได้รับการรังเกียจ ซึ่งจะได้รับผลกระทบไม่ใช่เพียงตัวเองเท่านั้น แต่จะทำให้ครอบครัววงศ์ตระกูล ซึ่งเป็นที่รักของตัวเองจะเสื่อมเสียชื่อเสียงไปด้วย จึงเป็นความทุกข์ใจอย่างใหญ่หลวง นอกจากนี้การไม่กระจำงในวิธีการติดต่อของโรค และการได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคตามการโฆษณา ผู้ติดเชื้อยังทุกข์ใจจากความไม่แน่นอนของโรคที่ไม่รู้ว่าจะมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นเมื่อไร เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแม้แต่เล็กน้อย ๆ ก็จะไม่สบายใจ หวาดระแวงว่าจะเป็นอาการของโรคเอดส์อยู่เรื่อยไป และทุกข์ใจกับความจริงถึงความแน่นอนของโรคนี้คือเป็นโรครุนแรงที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้เมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้นก่อนที่จะทันเลี้ยงดูลูกได้จนโต ช่วยเหลือตัวเองได้

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์

ผลของการติดเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์ยังเป็นที่ถกเถียงกันอยู่กล่าวคือ สำหรับผลการติดเชื้อ โดยไม่มีอาการจะ ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์เลย (Ellerbrock & Rogers, 1990) ปรีชา (2535) ได้ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยจำนวน 26 ราย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ได้คลอด

ทารกมีชีวิตทั้งหมด น้ำหนักอยู่ระหว่าง 2,200-3,600 กรัม สภาพหลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติและสอดคล้องกับการศึกษาติดตามของจอห์นสโตน แมคแคลัม อิงลิช และเพอเทอร์เรอ (Johnstone, Maccallum, Inglis & Peutherer, 1988) และ เซลวิน และคณะ (Selwyn et al. 1998) ในกลุ่มตัวอย่างใช้สารเสพติดในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีของแม่ไม่มีผลต่อการตั้งครรภ์ นอกจากนี้มีนคอฟและคณะ (Minkoff et al. 1990) ได้ติดตามศึกษาหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเวลา 4 ปี โดยได้ทำการควบคุมตัวแปรด้านการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และอายุของแม่ พบว่าการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุครรภ์ น้ำหนักทารก คะแนนแอฟการ์ (Apgar score) และความยาวของเส้นรอบศีรษะ แต่การศึกษานี้ขัดแย้งกับไรเดอร์และคณะ (Ryder et al. 1989) ที่ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในประเทศซาอี (Zaire) ซึ่งอยู่ตอนกลางของทวีปอาฟริกา พบว่าการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กูนิเนลเลอร์บรูค และแอตลาช (Koonin, Ellerbrook & Atrash, 1989) ได้ศึกษาย้อนหลังในหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 20 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม คือการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีจะมีผลต่อการตั้งครรภ์หรือไม่จึงยังสรุปได้ไม่แน่นอน คงจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

สำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการของโรคเอดส์แล้วจะมีผลต่อทารกในครรภ์อย่างแน่นอนจากพยาธิสรีรภาพของโรค และกรณีที่แม่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค ทำให้ละเลยการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้เกิดการแท้ง คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยและตายคลอดสูง (Nanda & Minkoff, 1989)

การแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ทารก

เป็นที่ทราบกันดีว่าแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ทารกในครรภ์ได้ จากการศึกษาติดตามในประเทศทางยุโรป อัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ทารกประมาณร้อยละ 15-35 (Nowell & Pekham, 1994) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อประมาณร้อยละ 30 (สุรสิทธิ์ และสมภพ, 2541)

เชื้อเอชไอวี สามารถแพร่เชื้อจากแม่สู่ทารกในครรภ์ได้ทั้งระยะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด ซึ่งลักษณะการแพร่เชื้อเกิดขึ้นได้ 3 ทาง คือ

1. การแพร่เชื้อผ่านทารกและสายสะดือ (intrauterine infection) มีรายงานการตรวจพบเชื้อเอชไอวี ในเซลล์ ดับ ม้าม และสมองของทารก ตั้งแต่อายุครรภ์ 10-23 สัปดาห์ (Linberg, 1995) แสดงว่าทารกติดเชื้อนี้ได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์แม่

2. การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของแม่ขณะทารกคลอด (intrapartum transmission) โดยสามารถตรวจพบเชื้อเอชไอวี ได้จากสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดและปากมดลูกถึงร้อยละ 50 ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ช่วงภายหลังคลอดในระหว่างการเลี้ยงดู โดยผ่านทางน้ำนมหรือผ่านทางบาดแผลจากการที่แม่ต้องคลุกคลีกับลูกอย่างใกล้ชิดเป็นเวลานาน ๆ ในระหว่างการเลี้ยงดู ซึ่งการติดต่อโดยทางนี้ถึงแม้จะมีโอกาสเสี่ยงน้อยมาก แต่ระยะเวลาที่เลี้ยงดูนานหลายปีกว่าเด็กจะโตทำให้มีโอกาสใกล้ชิดและเสียดายอยู่นานจึงมี โอกาสติดต่อได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการติดต่อวิธีนี้มีรายงานผู้ป่วยเพียงประปรายเท่านั้น จึงไม่น่าจะเป็นหนทางติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญจากแม่สู่ทารก

สำหรับข้อมูลสนับสนุนว่าทารกมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการคัมนมแม่ คือ มีการตรวจพบเชื้อเอชไอวี ในน้ำนมของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และจากการศึกษาติดตามทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะมีโอกาสติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 14 (Ziegler, 1993)

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของทารก

ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีน่าจะติดเชื้อเอชไอวีทุกคน แต่ในความเป็นจริงมีเพียงทารกบางคนเท่านั้นที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดสมมติฐานขึ้นว่า จะต้องมียปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องที่ทำให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อแตกต่างกัน จึงได้มีการศึกษาว่า ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการติดเชื้อของทารก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะการติดเชื้อของแม่ขณะตั้งครรภ์ แม่ที่เพิ่งมีการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์และกำลังอยู่ในระยะที่มีไวรัสในกระแสเลือด (viremia) ทารกในครรภ์จะมีอัตราการติดเชื้อสูง เมื่อผ่านพ้นระยะนี้ไปแล้วโอกาสการติดเชื้อของทารกในครรภ์ก็จะลดลง (สุพร, 2535)

2. แม่มีระดับซีดีโฟร์ (CD4) น้อยกว่า 700 เซลล์/มิลลิลิตร หรือซีดีโฟร์ต่อซีดีเอชท์ (CD4/CD8) น้อยกว่า 0.6 หรือแม่มีอาการของโรคเอดส์ (Remington & Klein, 1995)

3. ตรวจพบ พี 24 แอนติเจน ในเลือด (P24 antigenemia) หรือแม่มีปริมาณ ไวรัสในกระแสเลือดสูง โดยเฉพาะระหว่างคลอด

4. การคลอดก่อนกำหนด (preterm labour) ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าทารกที่คลอดหลัง 34 สัปดาห์

5. ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างคลอด (during labour) เช่น การมีถุงน้ำคร่ำแตกก่อนเจ็บครรภ์คลอด การหดตัวของมดลูกรุนแรง ระยะเวลาของการเจ็บครรภ์คลอดทั้งระยะที่ 1 และ 2 นานกว่าปกติ เลือดออกก่อนคลอดจากภาวะรกเกาะต่ำ การเจาะเลือดจากเนื้อเยื่อศีรษะ

ทารกในครรภ์หรือการตัดฝีเย็บ ประเด็นเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ การสัมผัสกับน้ำเมือกหรือเลือดแม่มากขึ้น ทำให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อสูงขึ้น

6. วิธีการคลอด (mode of delivery) มีรายงานพบว่าการคลอดทางช่องคลอด และการช่วยคลอดด้วยคีมหรือใช้เครื่องดึงสุญญากาศ ทารกมีโอกาสติดเชื้อจากแม่สูงกว่าการคลอดโดยการผ่าตัด (elective caesarean section) แต่อย่างไรก็ตามเรื่องวิธีการคลอดว่าจะมีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นเรื่องถกเถียงที่จะต้องศึกษาติดตามถึงข้อสรุปต่อไป สำหรับประเทศไทยทุกโรงพยาบาลไม่ได้ยึดถือการติดเชื้อเอชไอวี ของหญิงตั้งครรภ์เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

7. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแพร่เชื้อเอชไอวี สู่ทารกสามารถผ่านทางน้ำนมแม่ได้ ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบพบว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสมประมาณ 1 เท่า แต่อย่างไรก็ตามในประเทศยากจน องค์การอนามัยโลกยังแนะนำให้ใช้นมแม่เลี้ยงทารก เพื่อป้องกันทารกขาดสารอาหาร และท้องเสียจากการเตรียมนมไม่สะอาดพอ (สัญญาชัย, ชีวันนท์ และพรทิพย์, 2546)

8. การให้ยาด้านไวรัสเอชไอวี โดยการให้ยาไซโดวูดีน (zidovudine หรือ ZDV) หรือให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีอื่นร่วมด้วย

การให้ยาไซโดวูดีนในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ยาด้านไวรัสเอดส์ถูกคิดค้นมาจากพื้นฐานของวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถคิดค้นยาได้หลายกลุ่ม แต่ที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ กลุ่มขัดขวางการทำงานของเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase inhibitor) และกลุ่มยับยั้งขัดขวางการทำงานของเอนไซม์โปรเตเอส (protease inhibitor) (วิชาญ และประคอง, 2540) ยาไซโดวูดีน (zidovudine) เป็นยาด้านไวรัสอยู่ในกลุ่มขัดขวางการทำงานของเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเตส ที่ได้รับเลือกให้ใช้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ทารก ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับยาไซโดวูดีน ดังนี้

กลไกการออกฤทธิ์

โดยปกติเมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วจะใช้ส่วนจีพี 120 (GP 120) ไปเกาะติดกับเซลล์เป้าหมายที่มีโมเลกุลของซีดีโฟร์ บนผิวเซลล์ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว โมโนไซต์ แมคโครไซต์ มีการรวมตัวของเปลือกหุ้มไวรัสกับเซลล์เมมเบรนของเซลล์ที่เข้าไปจับ แล้วปล่อยส่วนที่เป็นแกนกลาง (viral core) เข้าไปสู่ไซโตพลาสซึมของเซลล์ จากนั้นสายอาร์เอ็นเอ (RNA) จะหลุดออกจากแคปซิด และเอนไซม์รีเวอร์สทรานสคริปเตส ซึ่งทำหน้าที่กระตุ้นการสร้างดีเอ็นเอ

(ds DNA) ที่เรียกว่า โปรไวรัสดีเอ็นเอ (proviral DNA) เคลื่อนที่เข้าสู่นิวเคลียสของเซลล์ โปรไวรัสดีเอ็นเอ สอดแทรกเข้าไปในสารพันธุกรรมดีเอ็นเอของเซลล์ร่างกาย เมื่อเซลล์แบ่งตัวเพิ่มจำนวน เซลล์ เท่ากับว่าเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมของไวรัสไปด้วย ทำให้เซลล์ที่สร้างใหม่ติดเชื้อไวรัส เอชไอวีอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แต่ยาไซโดควินซัคซวางการทำงานของเอ็นไซม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส ไม่ให้อาร์เอ็นเอของไวรัสสอดแทรกเข้าไปในสารพันธุกรรมของเซลล์ร่างกายได้ (พิพัฒน์, 2541) เป็นการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัสไม่ให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ยานี้ไม่สามารถไปมีผลทำลายเซลล์ที่สายพันธุ์ของไวรัสเข้าไปได้แล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงต้องรับประทานยาตลอดไป เพื่อควบคุมจำนวนไวรัสที่เพิ่มขึ้นจากส่วนนี้ (วิชาญ และประคอง, 2540)

สำหรับกลไกที่ยาไซโดควินลดการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังทารกยังไม่ทราบชัดเจน เพราะผลในการลดระดับไวรัสในเลือดแม่ไม่สามารถอธิบายได้ในผู้ได้รับยาทุกราย (สุรสิทธิ์ และสมภพ, 2541) แต่มีรายงานว่ามีการเปลี่ยนแปลงของยาไซโดควินในรก ก็จะได้ ไตรฟอสเฟต (triphosphate) ซึ่งมีฤทธิ์ต้านไวรัส จึงเป็นไปได้ว่าการที่ทารกได้รับยาไซโดควินป้องกันไว้ล่วงหน้า เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารกได้ (Adjzlob-Johnson, De Cock Ekpini อ้างตาม สุรสิทธิ์ และสมภพ, 2541)

ประสิทธิภาพของยาทางคลินิก (ประพันธ์, 2543)

1. ระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น เช่น ซีดีโฟร์ (CD4) เพิ่มขึ้น
2. ระดับไวรัสในเลือดลดลง
3. ลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อน
4. ลดอาการที่เกิดขึ้น เช่น มีไข้ ท้องเสีย น้ำหนักลด เมื่ออาหาร เหนือออกตอนกลางคืน

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะรู้สึกสบายขึ้น

5. ยืดเวลาของการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นให้นานขึ้น
6. ช่วยให้อายุยืนขึ้น
7. ลดอัตราการแพร่เชื้อจากแม่สู่ทารก

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาประสิทธิภาพของยาที่ผ่านมาและมีความขัดแย้งกัน เช่น การศึกษาของ คอนคอร์ด (Concord study) ซึ่งติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนตัวอย่าง 1,749 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการรักษาด้วยยาไซโดควินนานเกิน 2 ปี ไม่พบว่าช่วยลดอัตราการเกิดเอดส์ หรือช่วยลดอัตราการตายแต่อย่างใด จึงเป็นจุดหักเหที่กระตุ้นให้แนวทางการรักษาด้วยยาต้านเอดส์มุ่งประเด็นที่การรักษาโดยใช้ยาร่วมกัน (combination therapy) มากกว่าการใช้ยาเดี่ยว (monotherapy) (Concord อ้างตาม เกียรติ, 2541)

ขนาดของยาที่ใช้

แต่เดิมที่เริ่มใช้ยาไซโคควิน รักษาผู้เป็นโรคเอดส์ พบว่า มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ต่อมาได้ปรับลดขนาด และปรับระยะเวลาในการรับประทานยาให้เหมาะสม เมื่อปี พ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้ไซโคควิน 100 มก. ทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นมื้อดึก ในกรณีเป็นเอดส์เต็มขั้น และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ แต่ในทางปฏิบัติมีผู้ใช้ 200-300 มก. เช้าเย็น และให้ยาไซโคควิน 2-3 มก./กก. ทุก 6 ชั่วโมงในเด็กอายุต่ำกว่า 1 เดือน และให้ 3 มก./กก. ทุก 6 ชั่วโมง ในเด็กอายุ 1-3 เดือน (วิชาญ และประคอง, 2540)

สำหรับการใช้ยาไซโคควินเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก แต่แรกเริ่มใช้สูตร เอชทีจี 076 ซึ่งเป็นผลการศึกษาของกลุ่มเอดส์ คลินิกัล ไตรเอต กรุ๊ป (AIDS Clinical Trial Group : ACT G 076) โดยให้ยาไซโคควินแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ขนาด 100 มก. รับประทานวันละ 5 ครั้ง ในระหว่างอายุครรภ์ 14-34 สัปดาห์ จนเจ็บครรภ์คลอด ช่วงเจ็บครรภ์คลอดจะให้โดยหยดเข้าหลอดเลือดดำ โดยชั่วโมงแรกให้ขนาด 2 มก. ค่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อชั่วโมง จนกระทั่งคลอด และให้ยาไซโคควินน้ำแก่ทารก ขนาด 2 มก. ค่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีการใช้สูตรนี้และช่วยลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกได้ดีเช่นกัน (สุรศักดิ์ และวินิต, 2540; สุรสิทธิ์ และสมภพ, 2541) แต่อย่างไรก็ตามการใช้ยาสูตรเอชทีจี 076 นั้นมีความยุ่งยาก และค่าใช้จ่ายสูง ประพันธ์ (ประพันธ์, 2543) ได้สรุปความเป็นมาและความก้าวหน้าของการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ไว้ดังนี้ คือ ในประเทศไทยสภาทนายได้ดัดแปลงสูตรเอชทีจี 076 มาใช้ในโครงการบริจาคยาเพื่อลดการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ทารก โดยเปลี่ยนจากยาฉีดเป็นยารับประทานในช่วงเจ็บครรภ์คลอด และทารกที่คลอดออกมาจะได้รับ ไซโคควินน้ำอีก 6 สัปดาห์ ร่วมกับการได้รับนมผงแทนนมแม่ จากการตรวจเลือดทารกที่คลอดออกมาในโครงการของสภาทนาย 700 คน พบว่ามีทารกที่ติดเชื้อเอดส์เพียง 40 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.8 ซึ่งถ้าเทียบกับอัตราการติดเชื้อในทารกกรณีที่แม่และทารกไม่ได้รับยาไซโคควินเลย จะติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 20-25 ซึ่งเป็นการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารกอย่างน้อยประมาณร้อยละ 71 ต่อมาได้มีการปรับวิธีการและขนาดของไซโคควินเพื่อให้ได้สูตรที่เหมาะสมที่จะให้ทารกในครรภ์ลดโอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด ผลข้างเคียงน้อยและราคาไม่สูงนัก โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการใช้ยาไซโคควินแก่แม่ที่ตั้งครรภ์เพียง 6 สัปดาห์ก่อนคลอด ในภาคเหนือตอนบนและตามด้วยการให้ยาไซโคควินน้ำแก่ทารกที่คลอดออกมาเพียง 1 สัปดาห์ หลังคลอด พบว่า จากการตรวจเลือดทารกทั้งหมด 202 ราย มีการติดเชื้อเอชไอวีเพียงร้อยละ 7.5 และอีกโครงการ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกา ให้ยาสูตรใหม่ เรียกย่อ ๆ ว่า สูตร ซีดีซี แบ็งคอก (CDC-Bangkok) ศึกษาการใช้ยา

ไซโดวูดีน เพียง 4 สัปดาห์ แก่แม่ก่อนคลอด โดยไม่ได้ให้ ไซโดวูดีนน้ำแก่ทารกหลังคลอด พบว่าทารกติดเชื้อเอดส์เพียงร้อยละ 9.4 ถ้าเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยา ซึ่งจะติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 18.9 คิดแล้วผลการติดเชื้อเอดส์ลงได้ร้อยละ 50 (ศิริพร, 2544)

เมื่อข้อมูลจาก 3 แหล่งดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสูตร ซิดีซี แบล็กคอค ช่วยลดการติดเชื้อจากแม่สู่ทารกได้บ้าง และเสียบ่าใช้จ่ายน้อยที่สุด สูตรของภาคเหนือตอนบนดีกว่าสูตรของซิดีซี แบล็กคอค อาจเป็นเพราะว่าให้ยานักแม่นานขึ้นอีก 2 สัปดาห์ หรืออาจเป็นเพราะว่าให้ยาไซโดวูดีนน้ำแก่ทารก 1 สัปดาห์ สมมติฐานข้อหลังอาจเป็นจริงก็ได้ เพราะข้อมูลจากรัฐนิวยอร์กพบว่าการให้ยาน้ำไซโดวูดีนแก่ทารกหลังคลอดภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดเพียงอย่างเดียวก็สามารถลดการติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ 50 ส่วนสูตร 076 ที่สภากาชาดไทยใช้อยู่จะใช้ได้ผลมากที่สุด

สภากาชาดไทยได้วิเคราะห์ข้อมูลของแม่ที่ได้รับยาไซโดวูดีนน้อยกว่า 8 สัปดาห์ เทียบกับแม่ที่ได้รับยามากกว่า 8 สัปดาห์ พบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในทารกไม่แตกต่างกัน ถึงแม้จะคล้ายกับว่าแม่ที่ได้รับยาน้อยกว่า 8 สัปดาห์ ทารกจะติดเชื้อเอดส์น้อยกว่า (ร้อยละ 3.4 เทียบกับ 6.2) แต่เป็นความแตกต่างที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ประพันธ์, 2543)

ด้วยข้อมูลดังกล่าว ผนวกกับข้อมูลจากรายงานอื่น ๆ สภากาชาดไทยจึงเห็นว่าการให้ยาไซโดวูดีนแก่แม่เพียง 8 สัปดาห์ก่อนคลอด ร่วมกับการให้ยาน้ำแก่ทารกอีก 6 สัปดาห์หลังคลอด น่าจะเป็นสูตรการให้ยาไซโดวูดีนที่ประหยัดที่สุด โดยคงไว้ซึ่งประสิทธิผลเท่ากับสูตรเดิม ทำให้การให้ยาไซโดวูดีนกับแม่ก่อนคลอดสั้นลง นอกจากจะประหยัดค่ายาแล้ว ยังลดโอกาสที่เชื้อจะฉีดยา เพราะยิ่งให้นานก็จะยิ่งมีโอกาสที่เชื้อในร่างกายนี้อาจจะฉีดยาและลดผลข้างเคียงของยา เช่นการที่แม่และทารกจะมีโลหิตจางแม้ว่าจะหายไปได้เมื่อหยุดยาก็ตาม

ในปัจจุบันสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดเมื่อ 11 มกราคม 2542 ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เริ่มให้ยาไซโดวูดีนเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ รับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนครั้งละ 300 มิลลิกรัม และเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์ รับประทานครั้งละ 300 มิลลิกรัม ทุก 3 ชั่วโมง จนกระทั่งคลอดและให้ไซโดวูดีนน้ำแก่ทารกเป็นเวลา 6 สัปดาห์ (ประพันธ์, 2543) อย่างไรก็ตาม ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาวิธีการที่จะป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นเพิ่มเติม เช่น การให้ยานิวราพิน (nevirapine) ร่วมกับยาไซโดวูดีน (zidovudine) เป็นต้น ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาประสิทธิภาพของการรักษา

ผลข้างเคียงของยา (WHO, 2000; 2002)

1. คลื่นไส้ อาเจียน ร้อยละ 46-61 ในระยะ 2-3 สัปดาห์แรกหลังได้รับยา แก้ได้โดยการให้ยาแก้อาเจียน ใน 2-4 สัปดาห์แรก ต่อไปผู้ป่วยจะทนยาได้เอง

2. ปวดศีรษะ พบได้ร้อยละ 42-62.5 พบได้บ่อยในช่วงแรก แก้ได้โดยให้ยาแก้ปวด

3. เบื่ออาหาร พบได้ร้อยละ 11-20

4. อาเจียน พบได้ ร้อยละ 6-25

5. กดการทำงานของไขกระดูก คือ พบภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ร้อยละ 1.8-37 และพบภาวะซีด ร้อยละ 1.1-29

อาการข้างเคียงของยาจะรุนแรงมาก ขึ้นอยู่กับขนาดของยาที่ให้ และเริ่มให้ยาเมื่อโรคมียาอาการรุนแรงแล้ว (WHO, 2000)

การติดตามผลการรักษา (วิชาญ และประคอง, 2540)

1. ตรวจเลือด ซีบีซี (CBC) ซีดีโฟร์ (CD4) ครีอาตินีน (creatinine) เอสจีพีที (SGPT) และซีพีเค (CPK) ก่อนให้ยา เพื่อเป็นบรรทัดฐานเปรียบเทียบกับผลหลังให้ยา

2. ติดตามผู้ป่วยเป็นระยะๆ ขึ้นอยู่กับการกำหนดของแต่ละสถาบันที่ให้การรักษา เพื่อติดตามว่ามีอาการใหม่จะอะไรเกิดขึ้นบ้าง อาการที่เป็นอยู่เดิมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร สอบถามผลข้างเคียงของยา และตรวจเลือดเพื่อดูผลกระทบจากยาตลอดจนตรวจสอบว่าได้กินยาครบถ้วนหรือไม่

กรณีที่พบว่าผลข้างเคียงจากยามาก หรือไม่ได้ผลในการรักษา จะได้ปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม

สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายระหว่างหญิงตั้งครรภ์ และบุคคลอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน การตั้งครรภ์ไม่มีผลทำให้โอกาสของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และการตั้งครรภ์ไม่มีผลทำให้เกิดอาการของโรคเอดส์เร็วขึ้น สำหรับทางด้านจิตสังคมหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นที่ไม่ตั้งครรภ์ แต่แตกต่างกัน ในด้านความกลัวและกังวลว่าลูกในครรภ์จะติดเชื้อเอชไอวีด้วย สำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ยา ยาไซโดควินแก่หญิงระหว่างตั้งครรภ์ และในระยะคลอด เนื่องจากยานี้มีประสิทธิภาพในการช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกได้ในอัตราที่สูง แต่ยานี้อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงแก่ผู้ใช้ได้ ดังนั้นในการใช้ยาจึงต้องมีการติดตามอาการ ผลการรักษาเป็นระยะๆ เพื่อปรับเปลี่ยนยาและแผนการรักษาให้เหมาะสมแต่ละรายไป

การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์คิดเรื่องเฮไอวีที่ได้รับยาไอโคติน

แนวคิดในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตที่บุคคลและครอบครัวได้ยึดถือปฏิบัติต่อกันมาทั้งในภาวะเจ็บป่วย และสุขภาพดี การปฏิบัติดูแลตนเองจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ โดยทั่วไปแล้วในการดูแลสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ภาค คือ ภาควิชาชีพ (professional sector) ภาคพื้นบ้าน (folk sector) และภาคประชาชนหรือสามัญชน (popular sector หรือ lay sector) (Kleinman, 1980) ส่วนใหญ่จะใช้การผสมผสานของแต่ละภาคร่วมกัน แต่สัดส่วนของการปฏิบัติในแต่ละภาคในการดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล ชุมชนจะไม่เหมือนกัน แตกต่างกันไปตามยุคสมัย ระบบวัฒนธรรมของสังคมเดียวกัน สุขภาพและการเจ็บป่วย ตลอดจนปัจจัยเงื่อนไขอื่น เช่น ประเภทของความเจ็บป่วย หรือความรุนแรงของโรค เป็นต้น มีผู้รู้ได้ให้ความหมายในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยไว้หลายท่าน เช่น นอริส (Noris, 1979) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัวได้ริเริ่มรับผิดชอบ และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาศักยภาพเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ฮิลและสมิท (Hill & Smith, 1985) มองว่าการดูแลตนเองต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไม่ใช่การที่ต้องจำยอมเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งไม่ได้สนองตอบความต้องการของตนเอง ความหมายดังกล่าวมานี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) ซึ่งให้คำจำกัดความการดูแลตนเองว่า หมายถึง การกระทำของบุคคลวัยผู้ใหญ่หรือกำลังเติบโตเป็นผู้ใหญ่ เพื่อดูแลตนเองภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายและมีความตั้งใจหรือตั้งใจ เพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง และสอดคล้องกับ เพนเดอร์ (Pender, 1982) ที่ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ ส่วนวิกเคอรี (Vickery, 1989) กล่าวว่า การดูแลตัวเองทางการแพทย์ หมายถึง การกระทำทั้งหมดที่กระทำโดยบุคคลเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ ซึ่งส่วนมากจะเป็นความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือโรคเรื้อรัง แต่ก็อาจรวมไปถึงความเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วย จากความหมายหลายๆ ทศนะของนักวิชาการเกี่ยวกับการดูแลตนเองดังที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า การดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง การที่บุคคลกระทำอย่างตั้งใจ และตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาเยียวยาด้วยตนเอง และรวมถึงการมีส่วนร่วมกับการบริหารทางวิชาการแพทย์ด้วย

ประเภทของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองแบ่งออกได้หลายประเภทขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละคนยกตัวอย่าง เช่น มัลลิกา (มัลลิกา, 2530) ได้แบ่งการดูแลตนเองเป็น 2 ประเภท คือ การดูแลตนเองในภาวะปกติ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การป้องกันโรคและการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย โอเร็ม (Orem, 1995) ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไปหรือในภาวะปกติ (universal self-care) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล และจุดประสงค์ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป การดูแลตนเองนี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของการดำรงชีวิต และการดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของความเป็นอยู่ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิต ความสมดุลของการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม และการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental self-care) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดลูก การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิตหรือบิดาแม่ ความต้องการด้านนี้เป็นการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพให้มีการพัฒนาการเป็นตามปกติ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่ทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหายไป

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือในภาวะเจ็บป่วย (health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองในขณะที่เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป รวมถึงบุคคลที่อยู่ในระหว่างการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองทำได้โดยการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย การรับรู้ สนใจ และการดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การปรับมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือสภาวะความเป็นอยู่

กรณีศึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะคิดเชื่อเอชไอวี ซึ่งยังไม่มีอาการของโรคมารบกวนความปกติสุขทางด้านร่างกาย แต่บุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะ

สุขภาพที่ไม่ปกติเหมือนคนอื่น ความจำเป็นในการดูแลตนเองจึงเกิดขึ้น เพื่อสนองความต้องการที่จะจัดปัญหาสุขภาพให้หมดไป หรือเพื่อบำรุงร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรง จะได้ยั้งเวลาที่จะมีอาการของโรคเอดส์ให้นานที่สุด

ในการทบทวนวรรณกรรมต่อไปนี้จะกล่าวถึงการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโดควิน และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง แต่การทำวิจัยในหัวข้อการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีน้อย และการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโดควิน ไม่มีใครทำวิจัยมาก่อน จึงได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาย หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับประเด็นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องดูแลตนเองด้านใดบ้างนั้น ได้มีผู้เชี่ยวชาญในด้านการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สรุปความต้องการการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้มีการศึกษาติดตามการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไว้ดังนี้

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายและชะลอการดำเนินของโรค เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการ เป็นสาเหตุหนึ่งของการกระบวนภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Flaskerud & Ungvarski, 1995) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรได้รับพลังงานจากอาหารต่าง ๆ ในปริมาณที่เหมาะสม คือ ร้อยละ 50-55 จากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 20 จากโปรตีนและร้อยละ 30 จากไขมัน (Wrong, 1993 cited in Flaskerud & Ungvarski, 1995) นอกจากสารอาหารดังกล่าวแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรรับประทานอาหารจำพวกพืช ผัก และผลไม้ต่าง ๆ ซึ่งจะให้สารอาหารวิตามินและเกลือแร่ โดยเลือกรับประทานพืชผักผลไม้ที่หาได้ตามฤดูกาลปลอดจากยาฆ่าแมลงและสารพิษอื่นๆ และควรได้รับวิตามินและเกลือแร่เสริม จากรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับประทานวิตามินรวมเป็นประจำทุกวัน จะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การป่วยเป็นโรคเอดส์ลดลงร้อยละ 30 ในระยะเวลา 6 ปี (Abram et al. 1993 cited in Cerrato, 1996) และในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับเบต้าแคโรทีนวันละ 180 มิลลิกรัม จะมีการเพิ่มของจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ (Coodley et al. 1993 cited in Cerrato, 1996) นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และมีระดับวิตามินเอปกติและการให้วิตามินเอเสริมในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ยังสามารถช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากอาการท้องเดินได้อีกด้วย

โดยทั่วไปหญิงตั้งครรภ์ซึ่งต้องการสารอาหารทุกชนิดเพิ่มมากกว่าคนที่ไม่ตั้งครรภ์ เนื่องจากต้องการสารอาหารไปสร้างเลือดและเนื้อเยื่อของตนเองเพื่อรองรับทารกคือ การขยายขนาดของมดลูก เต้านม และใช้ในการเจริญเติบโตของทารกด้วย ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์จึงต้องรับสาร

อาหารอย่างเพียงพอ คือ ควรได้รับอาหารใน 1 วัน ดังนี้ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ หนักประมาณ 400 กรัม ข้าว 1-2 จาน/มื้อ ได้ไขมันจากอาหารประเภทผัก ทอด อาหารที่มีกระเทียม หรือเนยเป็นส่วนประกอบ ผักและผลไม้เพิ่มขึ้นกว่าเดิม สามารถรับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน (พรทิพย์, 2543)

โดยทั่วไปผู้ที่คิดเชื้อเอชไอวีจะต้องได้รับสารอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และสร้างภูมิคุ้มกันให้ขึ้นไปตามปกติ ในหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื้อเอชไอวีถ้าได้รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์แล้ว ก็เป็นการเพียงพอครอบคลุมสำหรับการคิดเชื้อเอชไอวีด้วย

ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรแบ่งมื้ออาหารเป็นวันละ 6 มื้อ ออกกำลังกายเล็กน้อยก่อนรับประทานอาหารประมาณครึ่งชั่วโมง และร่วมรับประทานอาหารกับบุคคลใกล้ชิดเพื่อกระตุ้นให้มีการเจริญอาหารมากขึ้น (Lange, 1993) รวมทั้งซั้่น้ำหนักอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการของตนเอง (Ungvarski & Schmidt, 1995)

และจากการศึกษาติดตามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของเลิฟจอย และเซสชัน (Lovejoy & Session, 1998) แอลเลน (Allan, 1990) กรอเออร์เซน (Gloersen, 1998) และโซเวลล์ และคณะ (Sowell et al. 1997) พบว่า การให้ความสำคัญในเรื่องอาหาร ทั้งแง่ที่เป็นการทำให้ร่างกายแข็งแรง และการงดอาหารบางอย่างที่คิดว่าจะทำให้เกิดผลเสียทางด้านสุขภาพเป็นประเด็นหนึ่งในการดูแลตนเองที่สำคัญของผู้คิดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ และสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่คิดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาของนันทรัตน์ (นันทรัตน์, 2541) และพรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) พบว่า ในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง ผู้คิดเชื้อเอชไอวีให้ความสำคัญในเรื่องอาหารเช่นกัน

2. ดื่มน้ำที่สะอาดให้เพียงพอและปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของร่างกาย การดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอจะช่วยให้มีการขับถ่ายของเสียต่าง ๆ ออกทางไตได้ดีขึ้น รักษาอุณหภูมิของร่างกาย รวมทั้งรักษาความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว จะทำให้ร่างกายสดชื่น การขับถ่ายสะดวก และเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวหนังและทางเดินหายใจอีกด้วย (Lange, 1993) และงดเครื่องดื่มที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย เช่น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3. อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรเลือกอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ทั้งที่บ้านและสถานที่อื่น ๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชน แคนจัดหรือการอยู่ใกล้ชิดบุคคลที่เป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งไม่ควรสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดชนิดอื่น ๆ (ประพันธ์, 2536)

4. ดูแลการขับถ่ายและสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ควรป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร โดยรับประทานอาหารและน้ำที่สุกและสะอาด งดเว้นจากอาหาร

หมักคอง หรืออาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ล้างมือก่อนการปรุงอาหาร รวมทั้งหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง และเมื่อมีอาการท้องเสียควรงดอาหารที่ระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร เช่น ผักสด ผลไม้ อาหารรสจัด น้ำอัดลม ควรรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย และเครื่องดื่มเกลือแร่อย่างน้อยวันละ 2.5-3 ลิตร เพื่อทดแทนการสูญเสีย น้ำ อีกทั้งสังเกตจำนวน สี และกลิ่นของอุจจาระ และหากพบว่าอุจจาระมีมูกเลือดปน ควรมาพบแพทย์ทันที (Ungvarski & Schmidt, 1995)

5. ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อเฮอริส/เอดส์ควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดบาดแผลและมีเลือดออกและควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Lange, 1993) ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดนานครั้งละ 20-40 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประเภทของการออกกำลังกายควรง่าย สนุก สะดวก ไม่หักโหมเกินไป สถานที่ออกกำลังกายควรโล่งแจ้งและมีอากาศถ่ายเทดี และจากรายงานการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรงคงทน และทำให้มีเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เพิ่มขึ้นได้อีกด้วย แอลเลน (Allan, 1990) ได้ศึกษาติดตามกลุ่มผู้ติดเชื้อเฮอริสที่เป็นกลุ่มรกร่วมเพศ พบว่า ผู้ติดเชื้อเฮอริสกลุ่มนี้มีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ และได้ให้ความสนใจในการออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงด้วย

สำหรับหญิงตั้งครรภ์จะต้องออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น การเดินก่อนข้างเร็ว การบริหารแขน ขา กล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อในช่องคลอด ซึ่งเป็นจุดในการบริหารร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป สำหรับการพักผ่อน ผู้ติดเชื้อเฮอริส/เอดส์ ควรมีการนอนหลับให้เพียงพอซึ่งจะทำให้ร่างกายสดชื่น โดยนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน สังเกตว่าตนเองได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ คือ เมื่อตื่นขึ้นมารู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า ถ้านอนไม่หลับควรเปลี่ยนท่านอน อ่านหนังสือประเภทเบาสมอง ทำจิตใจให้สงบ ตัดความกังวล สูดลมหายใจช้า ๆ ลึก ๆ หลับตา นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเฮอริส/เอดส์ ยังควรรหากิจกรรมนันทนาการอื่น ๆ ทำ เพื่อช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลายความตึงเครียด โดยทำกิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น การร่อนน้ำคั้น ไม้ เป็นต้น

6. งดเว้นจากสิ่งเสพติดทุกชนิด ผู้ติดเชื้อเฮอริส/เอดส์ควรงดเว้นจากสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น สุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ตลอดจนงดสูบบุหรี่ หรือสิ่งเสพติดชนิดอื่นๆ โดยเด็ดขาด (WHO, 1992) การงดเว้นสิ่งเสพติดของหญิงตั้งครรภ์ นอกจากจะมีผลดีต่อสุขภาพของแม่แล้ว ยังมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย และจากการศึกษาของวาเลนซ์, แซนเดอร์ และยูแมน (Valente, Saunder & Uman, 1993) เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเฮอริส และงานวิจัยของบาร์โรโซ (Baroso, 1995) เกี่ยวกับกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อยืดอายุการมีชีวิตในผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษา พบว่า

ส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง คือ หุคพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ลคการดื่มแอลกอฮอล์ และสำหรับการศีกษาในประเทศไทย จามจรี (2543) ได้ศีกษาศึคตามการดูแลตนเองของผู้ศึคเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอคส์ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี ส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง คือ การเปลี่นแปลงพฤติกรรมที่ไม่ศึคต่อสุขภาพเช่นกัน

7. ใช้เวลาส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ผู้ศึคเชื้อเอชไอวี/เอคส์ควรรู้จักแบ่งเวลาให้กับตนเองในการที่จะอยู่ตามลำพังและพบปะกับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม ควรหาเวลาว่างเพื่อความเป็นส่วนตัว เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรกที่ตนชอบ หาโอกาสพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว เพื่อนฝูง เข้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ตลอดจนเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มผู้ศึคเชื้อเอชไอวี/เอคส์ แสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยในการเผชิญปัญหา มีความหวัง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น (เปรมฤทัย, 2536; มารยาท, 2539) นอกจากนี้ผู้ศึคเชื้อเอชไอวี/เอคส์ ยังสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้โดยไม่จำเป็นต้องแยกห้องนอน ห้องนำ หรือสำรับอาหารของตนเอง อาจใช้ช้อนกลางในการศึคแบ่งอาหาร (WHO, 1992)

8. ลดความเครียด ความซึมเศร้า ปรับอัตร โนทัศน์ ขอมรับการเปลี่นแปลงอย่างเหมาะสม ผู้ศึคเชื้อเอชไอวี/เอคส์ต้องพยายามคงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียด แสวงหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เช่น แสวงหาข้อมูลเพื่อเรียนรู้และแก้ปัญหาคระทำการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดผลศึคต่อสุขภาพ เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลาย การทำสมาธิ การออกกำลังกาย หรือการอ่านหนังสือ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า การลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าจะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง (Lovejoy & Session, 1989) เนื่องจากภาวะเครียดและภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้มีการลดจำนวนของเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์และมีการลดการทำลายเซลล์ซึ่งเกิดขึ้นโดยธรรมชาติอีกด้วย (Evan, 1995; cited in Cerrato, 1996)

จากการรับรู้ว่โรคเอคส์เป็นโรคที่มีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิต และเป็นโรคที่สังคมศึตรา ในการศึคตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ศึคเชื้อเอชไอวี/โรคเอคส์ จึงพบว่า บุคคลกลุ่มนี้ดำรงสถานภาพทางสังคมไว้ได้โดยการปกปิดภาวะศึคเชื้อเอชไอวีไม่ให้ใครรู้ หรือเลือกลบออกเฉพาบุคคลที่ไว้ใจ พบในการศึคษาของ จามจรี (จามจรี, 2543) นันทรศัน (นันทรศัน, 2541) บำเพ็ญจิต (บำเพ็ญจิต, 2540) พรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) และมาร์ติน ริสส์มิลเลอร์ และบีล (Martin, Rissmiller & Beal, 1995) สำหรับการดูแลตนเองเพื่อลดความเครียด พบได้ในการศึคษาของ แอลเลน (Allan, 1990) บาร์โรโซ (Barroso, 1995) วาเลนท์ แซนเดอร์ และยูแมน (Valent, Saunder & Uman, 1993) สำหรับรายละเอียดวิธีการดูแลตนเองทางด้านจิตสังคมให้คลายทุกข์ และอยู่ในสภาพสมคูล จากการศึคษาของโซเวลล์ และคณะ (Sowell et al. 1997) กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีประกอบ

พิธีกรรมในการบิณฑิยด้านจิตวิญญาณ การศึกษาของพรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) ซึ่งศึกษาในหญิงตั้งครรภ์คิดเชื่อเอชไอวี พบว่า ธรรมเนียมศึกษาใช้แนวทางศาสนาเรื่องกฎแห่งกรรม และสังขรณ์ของชีวิตที่ทุกคนจะหลีกเลี่ยงความตายไม่พ้นมาปลอบใจ และการไม่ปล่อยเวลาให้ว่าง ซึ่งผลการศึกษาใกล้เคียงเกี่ยวกับการศึกษาของ จามจรี (จามจรี, 2543) ได้ศึกษาการดูแลตนเองด้านปรับจิต และจิตวิญญาณ ของผู้คิดเชื่อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอชไอวีที่ดำรงชีวิตอยู่ได้มากกว่า 7 ปี คือ ใช้แนวทางศาสนา กล่าวคือ บิณฑิยหลักสังขรณ์ของชีวิต มุ่งทำความดี ทำสมาธิอย่างต่อเนื่อง และสร้างความหวังให้ชีวิตดำเนินต่อไป และใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ บำเพ็ญจิต (บำเพ็ญจิต, 2540) ซึ่งศึกษาวัฒนธรรมการดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเอชไอวีและเอชไอวีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า กลวิธีหนึ่งในการดูแลด้านจิต จิตวิญญาณ คือ “การทำใจ” ซึ่งมีกลวิธีย่อย เช่น “การปลง” คือ ดัดสันใจเลิกคิดเศร้า โศรกเสียใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น “การใช้กรรม” คือ ความคิดที่ทำให้เกิดการยอมรับภาวะคิดเชื่อ หรือเป็นโรคเอชไอวี เพราะเป็นผลของการทำไม่ดีของตนเองในชาติก่อน หรือในชาตินี้ และ “การต่ออายุ” คือ ทำพิธีกรรมเพื่อขับไล่สิ่งที่ไม่ดีออกไป หรือร้องขอต่อสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติให้ผ่อนหนักเป็นเบา คือ ทุเลาจากความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากที่กำลังประสบอยู่ และผลการศึกษาการดูแลตนเองด้านจิตสังคม ของนันทรัตน์ (นันทรัตน์, 2541) ซึ่งศึกษาในแม่หลังคลอดที่คิดเชื่อเอชไอวีมีการดูแลด้านจิตใจ คือ ให้กำลังใจตนเองว่าจะมียารักษาโรคเอชไอวีให้หายได้ และหลีกเลี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด

9. ป้องกันการคิดเชื่อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การป้องกันการคิดเชื่อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอชไอวี เป็นอย่างมาก เนื่องจากจะช่วยยั้งระยะเวลาในการคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายที่แข็งแรงและการดำเนินของโรคได้ ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอชไอวีจึงควรระมัดระวังการสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่ง และเลือดของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอชไอวีคนอื่น งดมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื่อเอชไอวีก็ต้องใช้ถุงยางอนามัยเช่นกัน เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี ถึงแม้ว่าจะคิดเชื่อเอชไอวีเหมือนกันก็ตาม รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการใช้เข็มยาเสพติดร่วมกับผู้อื่นด้วย (WHO, 1992)

การระมัดระวังการแพร่เชื้อทางเลือด โดยระมัดระวังอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการมีเลือดออก เช่น หกล้ม มีบาดแผล ในกรณีที่มีบาดแผลควรระวังไม่ให้เลือดเปื้อนเปรื้อนเลอะเทอะ รวมทั้งงดบริจาคเลือด ผ้าหรือของใช้ที่สัมผัสกับน้ำเหลือง หรืออาเจียน ควรแช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาว 1 ส่วนต่อน้ำ 9 ส่วน นาน 30 นาที หรือนำไปต้มนาน 20 นาที ก่อนนำไปทำความสะอาดปกติ สิ่งขับถ่ายต่าง ๆ เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ ควรชำระล้างให้สะอาด รวมทั้งการทำลายของเสียเช่น สิ่งปนเปื้อนน้ำลาย เสมหะและเลือด โดยการเผาทำลาย

10. การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น การติดเชื้อฉวยโอกาสนับว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันอันตรายต่าง ๆ เหล่านี้คือสุขภาพโดยการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ความสะอาดของอาหาร การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจโดยหลีกเลี่ยงจากสัตว์เลี้ยงที่เป็นแหล่งของเชื้อรา การอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด หรือวัณโรค หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนแออัด ตลอดจนดูแลรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า อุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น ถ้วยชาม แก้วน้ำ ให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ

11. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรทำหมัน (สุรศักดิ์ และวินิต, 2540) เพื่อตัดวงจรไม่ให้มีการตั้งครรภ์ อันเนื่องจากลูกในครรภ์อาจติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะทำให้เสียชีวิตภายในอายุไม่กี่ปี ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านจิตใจของครอบครัวอย่างมากมาย แต่ถ้าทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีก็จะมีอาการเจริญเติบโตเหมือนเด็กทั่วไป แต่พ่อแม่ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีต้องเสียชีวิตไปก่อนที่จะได้เลี้ยงดูลูกจนเติบโตเลี้ยงดูตนเองได้ ทำให้เกิดเด็กกำพร้าให้เป็นปัญหาของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ถ้าครอบครัวนั้นไม่สามารถเลี้ยงดูเด็กพวกนี้ให้ดีได้

การดูแลตนเองที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีการดำเนินไปสู่การเกิดโรคช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ragsdale & Morrow, 1990) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงควรมีความรู้และควรมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้อง

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และบุคคลอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นโรคเอดส์ ได้ว่า มีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ แต่ไม่พบการทำวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโคควินในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก มีแต่การศึกษาเกี่ยวกับการได้รับยาไซโคควินในโรงพยาบาลชลบุรี (สมคิด, 2542) โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ (ชลธิชา และคณะ, 2543) และโรงพยาบาลรามาศิริ (Panichskul, Sirinavin, Phuapradit and Chaturachinda, 1996) เป็นการศึกษาผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับยาไซโคควินที่ได้ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลนั้นๆ ศึกษาติดตามในด้านความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงตั้งครรภ์ ลักษณะของข้อมูลพื้นฐาน เช่น อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะทางสถิติศาสตร์ เช่น เป็นลำดับที่ของการตั้งครรภ์ การฝากหรือไม่ฝากครรภ์ สัดส่วนของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่สมัครใจรับยาไซโคควินและไม่รับ และเหตุผลที่ไม่รับยา อายุครรภ์เมื่อคลอด ชนิดของการช่วยเหลือการตั้งครรภ์ การมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ น้ำหนักตัว และภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด และการติดตามอัตราการเกิดหรือไม่ติดเชื้อเอชไอวีของลูกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้

รับยาไซโคควิน เป็นต้น จึงอนุมานได้ว่า ยังไม่มีการศึกษาวิจัยในหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาไซโคควินในด้านอื่นที่จะเป็นพื้นฐานความรู้ในการให้การดูแลผู้รับบริการกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้านยิ่งขึ้น เช่น ในด้านผลกระทบจากการได้รับยาไซโคควิน การดูแลตนเองเมื่อได้รับผลกระทบนั้น การดำเนินชีวิตขณะได้รับยา และคุณภาพชีวิตว่าเป็นเช่นไร

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากการทบทวนและศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้ดังนี้

1. เพศ ผู้หญิงเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวในเรื่องการกินการอยู่และเมื่อบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะวิถีชีวิตในสังคมไทยด้วยค่านิยมอย่างนี้ จึงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของ สุวรรณ, อัมพรพรรณ, เจียมจิต, การุณย์, และห้องเพ็ญ (สุวรรณ, อัมพรพรรณ, เจียมจิต, การุณย์, และห้องเพ็ญ, 2540) ซึ่งศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 100 ราย พบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรมและประเพณี เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้ และการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พบว่า ครอบครัวที่มีความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น และอยู่ในชุมชนที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีกำลังใจ และสามารถดูแลตนเองได้ดี แต่หากครอบครัวไม่มีความเข้าใจ ความรักและให้อภัยกัน หรือสภาพชุมชนที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ไม่ดี รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ขาดการดูแลเอาใจใส่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเท่าที่ควร

3. ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองเป็นอย่างมากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีสภาพเจ็บป่วยรุนแรงและอาการทรุดลงจะไม่สามารถตัดสินใจและดูแลตนเองได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไม่ค่อยมีอาการจะสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในทางบวก (พิบูล, 2537)

4. ทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์และสิ่งสูงใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายที่ได้รับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง คือบุคคลที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและในขณะนี้ยังไม่มีอาการของโรค แต่ต่อไปจะพัฒนาเป็นโรคเอดส์ได้ แต่ถ้ามีการดูแลตนเองที่ดีจะสามารถยืดเวลาที่จะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าการที่ไม่ดูแล

ตนเอง การเอาข้อเท็จจริงนี้มาปรับทัศนคติให้เป็นเชิงบวก ก็คือคิดถึงการมีชีวิตอยู่มากกว่าการรอคอยความตาย พยายามหาความสุขใส่ตัว ให้กำลังใจตนเองในการมีชีวิตอยู่ พยายามหาเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาของแอนแลน (Allan, 1990) ได้รายงานผลการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้คิดเชื่อเฮคส์ที่เป็นชาวรักร่วมเพศ จำนวน 11 ราย โดยใช้ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลและการดูแลตนเอง ซึ่งพบว่าคนที่ปรับทัศนคติไปในทางด้านบวกที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปเป็นตัวละครต้นให้มีการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพอนามัยและด้านอื่น ๆ นอกจากการมีสิ่งจูงใจ เช่น การศึกษาของพรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คิดเชื่อเฮซไอวีต้องการมีชีวิตให้ยืนยาวมากที่สุด เพื่อที่จะได้มีเวลาเลี้ยงลูกซึ่งยังเล็กให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เป็นสิ่งจูงใจให้มีการดูแลตนเองปฏิบัติตนอย่างมุ่งมั่นทำทุกอย่างเพื่อให้มีสุขภาพดี

5. ขาดความรู้ และแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งดวงกมล (ดวงกมล, 2537) ได้ศึกษาการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้คิดเชื่อเฮซไอวี พบว่าผู้คิดเชื่อมีความพร้อมในการดูแลหลายๆ ด้าน แต่เมื่อได้เข้าร่วมโครงการมีการพัฒนาทางด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคแนวทางการปฏิบัติตนด้านต่าง ๆ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือ พบว่าคะแนนความพร้อมในการดูแลตนเองลดลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของพรทิพย์ (พรทิพย์, 2539) พบว่าคนที่ไม่รู้จริงขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเช่น ในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อเฮซไอวี ไปสู่ผู้อื่น นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดความยุ่งยากในชีวิตโดยไม่จำเป็น

6. แหล่งประโยชน์และฐานะเศรษฐกิจ พบว่า แหล่งประโยชน์และฐานะเศรษฐกิจจะมีความสอดคล้องกัน คือ ผู้คิดเชื่อเฮซไอวี/เฮคส์ ที่มีฐานะเศรษฐกิจดีจะแสวงหาแหล่งประโยชน์และสามารถดูแลตนเองได้ดี (พิกุล 2537) เช่นเดียวกับการศึกษาของเปรมฤทัย (เปรมฤทัย, 2536) ที่พบว่าผู้คิดเชื่อเฮซไอวี/เฮคส์ ที่รับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองมาก และยังพบว่าความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการไม่มีอาชีพและไม่มียาขายได้นอกจากนี้การศึกษาของมารยาท (มารยาท, 2539) ซึ่งได้ศึกษาความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเฮซไอวี/เฮคส์ที่รับการบำบัด ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเฮซไอวี/เฮคส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเข้าร่วมกลุ่มหรือ ชมรมหรือ โครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้คิดเชื่อเฮซไอวี ทำให้ผู้คิดเชื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น มีความกระตือรือร้นที่จะแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเอง และจากผลการศึกษาของเลิฟจอย พอล ฟรีแมนและคริสเตียนสัน (Lovejoy, Paul, Freeman & Christianson, 1991) พบว่าคนที่ผู้คิดเชื่อเข้าร่วมชมรมที่มีผู้คิดเชื่อเหมือนกันหรือทำกิจกรรมร่วมกับคนที่

ความรู้สึกเช่นเดียวกันส่งผลให้ผู้คิดเชื่อมีความพร้อมกระตือรือร้น สนใจ และเกิดความมั่นใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

7. ประสพการณ์ ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์จะมีการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการรักษา และหากพบว่ามีผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ คนใดคนหนึ่งทำแล้วมีอาการดีขึ้นมักจะทำตามกันหากพฤติกรรมใดที่พบว่ามีผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์บางคนที่ทำแล้วมีอาการเจ็บป่วยทรุดลงอย่างรวดเร็ว หรือเสียชีวิตก็จะหลีกเลี่ยงในพฤติกรรมนั้น ๆ และนอกจากนั้น ยังพบอีกว่าผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นหม้ายและมีประสพการณ์ในการดูแลสามีของตนเองที่ป่วยและเสียชีวิตมาแล้วจะเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้ดีมีทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ และมีการแสวงหาแหล่งประ โยชน์และการเผชิญปัญหาค่อนข้างดี (พิบูล, 2537) เช่นเดียวกับการศึกษาของ มารยาท (มารยาท, 2539) ที่พบว่าประสพการณ์ที่ดีในอดีตก่อนให้เกิดความหวังซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

8. ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการที่เฉพาะเจาะจงมีเจ้าหน้าที่ที่มีความเป็นกันเอง เข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี แสดงออกถึงการรับรู้ปัญหาอย่างคอบเนื่อง มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สามารถติดต่อได้ง่ายไม่มีชั้นคอบนยุ่งยาก ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ เกิดความรู้สึกที่ดี มารับการตรวจรักษาสม่ำเสมอ ปฏิบัติตามคำแนะนำและมีความมั่นใจในบริการที่ได้รับ แต่หากระบบบริการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมีชั้นคอบนมาก เจ้าหน้าที่แสดงท่าทีที่ไม่ดี ไม่เต็มใจ ไม่เป็นกันเอง ทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ท้อแท้และหมดกำลังใจในการดูแลตนเอง (พิบูล, 2537) เช่นเดียวกับการศึกษาของเลิฟจอย และคณะ (Lovejoy et al. 1991) พบว่า ความต้องการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่ดีกับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ สามารถดูแลตนเองได้ดี คือ ระบบบริการที่มีการพัฒนาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ มีการชี้แนะกิจกรรมการดูแลตนเองที่มีความเป็น ไปได้ในสภาพความเป็นจริง

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ถืออิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้คิดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการประเมินสถานการณ์และการแก้ปัญหา หรือความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองจึงควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ด้วย

คุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์คิดเชื่อเอชไอวีที่ได้รับยาไอโซเวดิน

โรคเอดส์เป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากมายแก่ตนเองและครอบครัว ผู้ที่มีอาการจะได้รับความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคฉวยโอกาส สำหรับผู้คิดเชื่อเอชไอวี ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการของโรค คุณภาพนอกเหมือนคนทั่วไปคือมีสุขภาพดี แต่ในความเป็นจริงทาง

ด้านจิตสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย และผลจากความไม่แน่นอนของโรคว่าจะเกิดอาการของโรคเมื่อไร ทำให้ผู้คิดเชื้อเอชไอวีจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง ยืดเวลาที่จะไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีให้นานที่สุดและดำรงสถานภาพทางสังคมไว้ได้ ในคนทั่วไปที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็นจะต้องได้รับยาต้านไวรัส แต่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์จะให้ยาต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเพื่อลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารกในครรภ์ ยาที่มีประสิทธิภาพสูง ใช้กันแพร่หลาย คือ ยาไซโคเวคิน (ประพันธ์, 2543) ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ แต่มีผลข้างเคียงสำหรับขนาดของยาที่ใช้ตามปกติ คือทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดศีรษะ มีไข้ ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว และอาการอื่น ๆ (วิชาญ และ ประคอง, 2540) นอกจากนี้ การได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก ซึ่งแตกต่างไปจากหญิงตั้งครรภ์รายอื่นที่ไม่ได้รับยานี้ ประกอบทั้งการศึกษาที่ผ่านมาจะพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการ จะปกปิดภาวะติดเชื้อของตนเองไม่ให้ผู้อื่นรู้เพื่อป้องกันการถูกรังเกียจ ทำให้ต้องรับประทานยาที่แตกต่างไปจากคนอื่นที่ตั้งครรภ์เหมือนกัน ความต้องการที่จะปกปิดภาวะติดเชื้อของตนเอง เพื่อป้องกันคนรังเกียจ จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะมี ความหวาดระแวง เพราะกลัวเป็นที่ผิดสังเกตให้คนอื่นรู้ได้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จึงเป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีทางอ้อมอีกลักษณะหนึ่ง ดังนั้นผู้ที่ เป็นโรคเอดส์ทุกภัย ทรมาณจากอาการของโรคแล้วยังได้รับผลกระทบจากการรักษา ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ถูกกระทบไปด้วย

แนวคิดคุณภาพชีวิต (quality of life)

เกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต ได้มีผู้ให้ความหมายมากมาย ส่วนใหญ่มีใจความสำคัญที่เหมือนกันจะแตกต่างกันบ้างแต่ในรายละเอียด สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสภาพที่เป็นอยู่ในลักษณะที่มีความพึงพอใจ มีความยินดี มีความสุขภายใต้ข้อจำกัดตามสภาพการณ์ปัจจุบัน (Goodinson & Singleton, 1989; Zhan, 1992) บุคคลสามารถประเมิน และตัดสินใจถึงความรู้สึกผาสุกได้ด้วยตนเอง โดยมาจากผล การเปรียบเทียบกับความคาดหวังและสภาพความเป็นจริงของตนเองขณะนั้น มีการใช้ความผาสุก (well being) ในความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิต (quality of life) (Orem, 1995)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคลซึ่งบุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และ

สิ่งแวดล้อมซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย เช่น ซาน (Zhan, 1992) ได้ศึกษาพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน คือ 1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่ว ๆ ไป 2) ด้านอัตมโนทัศน์ 3) ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย และ 4) ด้านสังคม-เศรษฐกิจ ส่วนพาดิสลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985) ได้ศึกษาการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพซึ่งสะท้อนถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2) ความผาสุกด้านร่างกาย และจิตใจ 3) ภาพลักษณ์ 4) การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา 4) ความรู้สึกล่อลวงใจของตัว องค์การอนามัยโลก (WHO QOL Group อ้างตาม ปานจันทร์, 2545) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 6 ด้าน ได้แก่ 1. สุขภาพกาย 2. จิตใจ 3. ระดับของการพึ่งพา 4. ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสังคม 5. สิ่งแวดล้อม และ 6. จิตวิญญาณ

ส่วนเฟอร์เรล และคณะ (Ferrell et al. 1997) ศึกษาพบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม 4) ด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแตกต่างไปจากการศึกษาของบุคคลอื่น คือ มีองค์ประกอบทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นมา เช่นเดียวกับที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเรื่องจิตวิญญาณไว้ด้วย ประเวศ (ประเวศ, 2543) ได้กล่าวไว้ว่า ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา ไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด เมื่อมีเหตุการณ์หรือสิ่งกระตุ้นใดๆ เกิดขึ้นกับองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง จะมีผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นด้วย โดยนัย หมายถึง บุคคลจะรับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตดังกล่าว ถึงแม้ว่าการศึกษาของแต่ละคนจะแตกต่างกันไปบ้าง แต่สรุปได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่มองคนแบบองค์รวม คือ การผสมผสานของกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความแตกต่างไปจากคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ จึงทำให้เครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตเท่าที่มีอยู่โดยทั่วไปนั้น ไม่มีความเหมาะสมที่จะนำมาประเมินในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แรคส์เดล โคคาร์บา และมอร์โรว์ (Ragsdale, Kotarba & Morrow, 1992) ให้เหตุผลที่สนับสนุนว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่มีอยู่ทั่วไปนั้น ไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็เพราะว่า (1) เอดส์มีความแตกต่างกับโรคเรื้อรังอื่นๆ คือ ในความเรื้อรังนั้นยังคุกคามต่อชีวิตในระยะเวลายอันสั้น

อีกด้วย (2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคและการดำเนินของโรคเกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม และมักจะเป็นวิถีชีวิตที่มักถูกมองว่าเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานที่ดีของสังคม เช่น การสำส่อนทางเพศ รกร่วมเพศ หรือการใช้ยาเสพติด ซึ่งแตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ความเครียด หรือการออกกำลังกาย เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงหรือ โรคมะเร็ง เป็นต้น (3) ผลกระทบของโรคเอดส์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีความแตกต่างจากโรคทั่วไปเพราะเป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ มิติของคุณภาพชีวิตในด้านนี้ควรใช้คำถามที่เฉพาะสำหรับเอดส์เท่านั้น และ (4) ผลกระทบจากการรักษาในโรคเอดส์แตกต่างจากโรคอื่นๆ ที่มักมีการรักษาที่แน่นอน แต่สำหรับเอดส์นั้นผู้คิดเชื่ออาจมีวิธีการรักษาที่หลากหลาย และอาจไม่ใช้การรักษาในระบบบริการสุขภาพเท่านั้น เพราะความไม่แน่นอนของผลการรักษาแบบสมัยใหม่ที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้คิดเชื่อเอดส์อาจแสวงหาการรักษาแบบอื่น เช่นการรักษาแบบดั้งเดิมหรือแบบพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร ฯลฯ ดังนั้นการประเมินผลกระทบของการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิตเท่าที่มีอยู่จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับการรักษาเอดส์ และด้วยเหตุผลที่ว่าเอดส์มีลักษณะแตกต่างไปจากโรคทั่วไปมากดังกล่าวแล้ว จึงทำให้มีผู้ศึกษาและพัฒนาแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อเอดส์ขึ้นอย่างมากมาย กูดินสัน และซิงเกิลตัน (Goodinson & Singleton, 1989) ให้หลักไว้ว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพนั้น ควรมีลักษณะดังนี้ (1) ควรเป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง (2) ควรครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต (3) จุดเน้นหรือมิติที่สำคัญควรสอดคล้องกับมุมมองของผู้ป่วย (4) ควรออกแบบให้ประเมินได้ง่าย ไม่ยาว หรือใช้เวลาในการทำนานเกินไป และ (5) ควรใช้ประเมินได้ในทุกระยะของโรคหรือความเจ็บป่วย

มิติของคุณภาพชีวิตในผู้คิดเชื่อเอดส์โอวีที่มักปรากฏอยู่ในแบบประเมินคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย การทำหน้าที่ทางร่างกาย (physical functioning) หรือการทำกิจกรรม (activities) ความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well-being) ทักษะคติเกี่ยวกับตนเอง (self-attitude) การทำบทบาทหรือหน้าที่ทางสังคม (social role and functioning) การรับรู้ในแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ความสามารถทางความคิดและสติปัญญา (cognitive ability) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception) ผลกระทบของการคิดเชื่อเอดส์ความเจ็บป่วยและความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม

งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์คิดเชื่อเอดส์โอวี มีดังนี้

ห้องสาย (ห้องสาย, 2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของแม่ที่คิดเชื่อเอดส์โอวี โดยทำการศึกษาหลังจากคลอดลูกแล้ว กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสบายใจ ความสุขใจ และความพอใจในการมีชีวิตอยู่กับการเป็นโรคเอดส์ภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่

โดยมีองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิต 3 ด้าน คือ 1. การทำใจได้ ได้แก่การปรับเปลี่ยนความคิดให้คิดในแง่ดี ไม่คิดเกี่ยวกับอดีต คิดอยู่กับปัจจุบัน กิชอบรับการพึ่งพา กิชอบรับความตาย และทำจิตใจให้สงบ 2. การมีความหวัง ได้แก่ คิดหวังในสิ่งที่พอเป็นไปได้ คิดสร้างเป้าหมายใหม่ แล้วสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น คิดวางเป้าหมายในชีวิตเพื่อลูก และคิดหวังให้มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุด 3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ภูมิใจที่ได้ปฏิบัติบทบาทแม่ ภูมิใจที่คนมีประโยชน์ต่อผู้อื่น และรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สำหรับการศึกษานี้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น แรกส์เคลและมอร์โรว์ (Ragsdale & Morrow, 1990) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยัง ไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้ง 3 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมต่ำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตโดยรวมต่ำที่สุด เนื่องจากมีภาวะของโรคที่ไม่แน่นอนทำให้เกิดความกังวล จึงได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมรวมทั้งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเนื่องจากสุขภาพไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ซึ่งผลการศึกษาตรงกับการศึกษาของลูเบ็ค และฟรายส์ (Lubeck & Fries, 1992) และเปรมฤทัย (เปรมฤทัย, 2536) จากผลการศึกษาแสดงว่าระยะการดำเนินของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ และเมื่อศึกษาระดับของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน พบว่า ในการศึกษาของแรกส์เคล และมอร์โรว์ (Ragsdale & Morrow, 1990) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการแล้ว และผู้ป่วยโรคเอดส์มีระดับคะแนนต่ำสุด การศึกษาของ ลูเบ็ค และฟรายส์ (Lubeck & Fries, 1992) พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านการทำหน้าที่ บทบาททางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวัน ส่วนการศึกษาของดวงกมล (ดวงกมล, 2537) ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกระยะที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำมากในด้านของความวิตกกังวล ด้านการประกอบอาชีพ ด้านความลำบากกับความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ปัญหาเศรษฐกิจและขาดคนที่สามารถปรับทุกข์ด้วยได้ นอกจากนี้ผลการศึกษาของเปรมฤทัย (เปรมฤทัย, 2536) พบว่า สาเหตุที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงคือความวิตกกังวลในเรื่องความเจ็บป่วย อาการอ่อนเพลีย และความเจ็บปวด

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาใน โรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะจัดการกับปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของตนด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามลักษณะของบุคคลซึ่งสามารถจำแนกได้ 6 ลักษณะคือ

- 1) ผู้โคเคเตี้ยว จะปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและต่อต้านความช่วยเหลือจาก

ผู้อื่น โดยเฉพาะคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่ไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือจากพยาบาลเพราะจะได้รับความช่วยเหลือเมื่อเขาต้องการทุกครั้ง 2) นักกิจกรรม จะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาที่ดีในกลุ่มและพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้ทำงานนั่นเอง 3) เหยื่อผู้เคราะห์ร้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องการให้ผู้อื่นปลอบโยนด้านอารมณ์เพื่อแบ่งเบาความวิตกกังวล การจัดการกับตนเอง อาศัยการพึ่งพาผู้อื่น 4) ผู้รักษาเวลา มักใช้เวลาเป็นเครื่องตัดสินใจในการจัดการกับชีวิต การจัดการกับตนเองมักจะระอคอยสิ่งที่จะเกิดขึ้น 5) ผู้ทรงศรัทธากลุ่มนี้จะรับรู้ว่าการที่เป็นโรคเอดส์นั้นถือเป็นความโชคร้ายของตนเอง มีแนวคิดที่ว่าความตายไม่เป็นความทุกข์ทรมานหรือการลงโทษแต่เป็นทางผ่านระหว่างชาตินี้และชาติหน้า พบว่าผู้ป่วยมักจะอ่านพระคัมภีร์ไบเบิล สวดมนต์และได้รับการเยี่ยมจากนักบวชในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาล และ 6) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ เป็นผู้ที่ยึดถือเอาการรักษาทางการแพทย์โดยการรับรู้ข่าวสารและคำแนะนำในเรื่องการรักษาทุก ๆ ด้าน จนเป็นผู้เชี่ยวชาญสามารถพูดคุยเข้าร่วมฟังการบรรยายและสัมมนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ รวมทั้งมีความสนใจซักถามเรื่องการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (Ragsdale et al. 1992)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ คือระยะของความเจ็บป่วย ความรุนแรงของความเจ็บป่วย (เปรมฤทัย, 2537; พิกุล, 2539; Ragsdale & Morrow, 1990) นอกจากนี้จากการศึกษาดังกล่าว ยังพบว่าความพร้อมในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ อาชีพ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สรุปได้ว่าแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความสบายใจ ความสุขใจ และความพอใจในการมีชีวิตอยู่กับการเป็นโรคเอดส์ภายใต้สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่ และจากผลการศึกษาพบว่าระยะการดำเนินของโรคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีอาการ มีคุณภาพชีวิตดีที่สุด ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และผู้ที่เป็นโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตต่ำสุด และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ อาชีพ เพศ และอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและความพร้อมในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีแนวคิดพื้นฐานที่มีรากฐานมาจากหลักปรัชญา และจิตวิทยา ซึ่งแนวคิดของการศึกษา คือ เป็นการสอบสวนและพรรณนาโดยตรงจากประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริงของบุคคลนั้นๆ (Streubert & Carpenter, 1995) โดยไม่คำนึงถึงคำอธิบายทางทฤษฎีและเป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่ต้องมีการทดสอบความคิดและข้อสมมติที่เชื่อกันโดยทั่วไป (Herbert, Spiegelberg, 1975 cited in Streubert & Carpenter, 1995) อากรณ์ (อากรณ์, 2536) ได้เขียนไว้ว่า พื้นฐานความเชื่อตามกระแสแนวคิดของปรากฏการณ์นิยม (phenomenology or interpretativism or naturalism) เป็นพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ที่เชื่อว่า ความจริงแท้แน่นอน ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติเสมอไป เพราะสังคมและธรรมชาติมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา บุคคลสามารถรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมตามบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ในการศึกษา รูปแบบนี้ ผู้ศึกษาจำเป็นจะต้องสืบสวนทุกแง่มุมของปรากฏการณ์ โดยเฉพาะการศึกษาเกี่ยวกับคน จะต้องศึกษาในแง่ในส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมของเขา เพราะมนุษย์แต่ละคนมีความเป็นเอกภาพ และสภาพแวดล้อมทางสังคม ภูมิหลัง ภาษา วัฒนธรรมที่สืบต่อกันมา (ศรีเพ็ญ 2532; อารีรัตน์, 2542; Leonard, 1994)) และได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ได้ใจความสำคัญว่า ปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาได้นำเสนอครั้งแรกโดยฮัสเซิร์ล (Husserl, 1965 cited by Omery, 1983; Koch, 1995) ซึ่งมีแนวคิดที่สำคัญ คือ เป็นการศึกษาเรื่องราวหรือความคิดที่เกิดขึ้นตามวิถีทางที่เกิดและอย่างที่เป็นไป (turn to the thing themselves) โดยผู้ศึกษาจะต้องควบคุมหรือกันความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษาไว้ก่อน และต้องทำอย่างมีสติและเป็นระบบจนเกิดประสบการณ์ซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้ศึกษา เกิดเป็นความรู้ความเข้าใจในสาระของปรากฏการณ์นั้น ต่อมาการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาได้มีการพัฒนาโดยไฮเดกเกอร์ (Heidegger) เป็นปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติคส์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งมีแนวคิดว่า มนุษย์แต่ละคนมีความเป็นเอกภาพของตนเอง ทั้งความคิดและการกระทำ ที่แปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม ดังนั้น การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการให้ความหมายซึ่งสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และความคิด ที่ซ่อนอยู่ในพฤติกรรมของบุคคล (Heidgger, 1962 cited by Koch, 1995)

แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดพื้นฐานในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ประกอบด้วย 3 อย่าง คือ 1) บุคคล (persons) 2) การเกิดขึ้นหรือเป็นอยู่ในสิ่งแวดล้อม (being-in-the-world) และ 3) การเชื่อมโยงประสบการณ์จากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่ง (hermeneutic circle) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. บุคคล (person) ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิตส์นี้ได้อธิบายว่า “บุคคล” เป็นผู้ที่สามารถให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ที่เขาประสบตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ หรือความเป็นจริงตามทฤษฎี เนื่องจาก การแปลความหมายปรากฏการณ์ต่างๆ ของบุคคลจะขึ้นอยู่กับภูมิหลังและประสบการณ์ของบุคคลนั้น และในการแปลความหมาย บุคคลจะมีการเชื่อมโยงความคิด ความรู้สึก จากประสบการณ์ในอดีตของตนมาสู่ปัจจุบัน และส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิดในอนาคตได้ (Koch, 1995) ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจความเป็น “บุคคล” ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

1.1 บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่เพียงแต่มีร่างกาย แต่ยังมีกรรวมสิ่งต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน นั่นคือ การให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต และประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพในการแลกเปลี่ยนกับสิ่งต่างๆ (shared) ศักยภาพการรวบรวมสิ่งต่างๆ (embodi) และศักยภาพในการรับรู้ (cognition) (Benner, 1985 cited by Leonard, 1994) โดยตัวบุคคลจะรวมสิ่งต่างๆ อยู่ภายในตัวเองและจะแสดงออกโดยการกระทำ

1.2 บุคคลเป็นผู้แปลความหมายด้วยตนเอง (the person as self-interpreting) บุคคลเป็นผู้ที่สามารถให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตได้ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี การมีวิถีชีวิตอยู่ของบุคคล คือ การแปลความหมายด้วยตนเอง การแปลความหมายจะถูกรวมเข้าไปกับภาษา ทักษะ และการปฏิบัติทางวัฒนธรรม (Benner, 1985 cited by Thaniwattanon, 1995) การแปลความหมายเหล่านี้ ไม่ได้เกิดขึ้นมาจากระดับความมีสติของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ได้รับมาจากการถ่ายทอดทางภาษา ประเพณี วัฒนธรรม และประสบการณ์จากภูมิหลังที่สำคัญ (Leonard, 1994)

1.3 บุคคลเป็นสิ่งมีชีวิตที่ให้คุณค่าและความหมายแก่สิ่งต่างๆ (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลจะมีการให้คุณค่าและให้ความสำคัญของสิ่งแวดล้อม ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรม ภาษา และสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจบุคคล ได้นั้นต้องศึกษาในบริบทที่เขาเป็นอยู่ (Leonard, 1994) ซึ่งบุคคลมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติในปัจจุบันและส่งผลต่อความคิดหรือพฤติกรรมในอนาคต (hermeneutic circle) (Palmer, 1969 cited by Thaniwattanon, 1995)

1.4 บุคคลอยู่ในช่วงมิติของเวลา (the person in time) ช่วงเวลาเป็นองค์ประกอบของการดำรงชีวิตอยู่ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา (temporality) การศึกษาปรากฏการณ์ชีวิตเป็นการศึกษาการเป็นอยู่ ณ ช่วงเวลา (being-in-time) โดยความคิดของเขาขณะที่ปัจจุบันมีอิทธิพลมาจากอดีตกาล และสามารถส่งผลถึงอนาคตได้เป็นลูกโซ่ ซึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ (Leonard, 1994) คนเรามีความรู้สึกต่อช่วงมิติของเวลาแตกต่างกัน ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ตามความรู้สึกของแต่ละบุคคล เช่น ทำไมเราจึงรู้สึกว่าวันนี้ผ่านไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งเมื่อวานเรารู้สึกว่าเวลาช่างเชื่องช้าเหลือเกิน ทั้งๆ ที่ทุกวันมีจำนวนชั่วโมงที่เท่าๆ กัน

2. การเกิดขึ้นหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อม (being-in-the-world) ตามแนวความคิดปรากฏการณ์วิทยาสิ่งแวดล้อม คือ กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะซึมซับอยู่ในตัวบุคคล โดยการเรียนรู้มาตั้งแต่เกิด ตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่า บุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมที่เขาอยู่ได้ (Walsh, 1996) ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์ จึงเป็นการค้นหาความหมาย ความรู้สึก การรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งนั้นๆ ซึ่งมีอิทธิพลจากสังคม วัฒนธรรม และภูมิหลังที่บุคคลนั้นประสบอยู่

3. การเชื่อมโยงประสบการณ์จากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่ง (hermeneutic circle) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน (past experience) เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้ให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่ และแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน เป็นลูกโซ่ ซึ่งจะส่งผลถึงการกระทำในอนาคต นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่เขาจะรู้จักอย่างดีมาก่อน ซึ่งบุคคลจะเข้าใจในสิ่งนั้น โดยการเอาเข้าไปรวมกับส่วนอื่นๆ (Plamer, 1969 cited by Thaniwattananon, 1995) เช่น เราจะเข้าใจคำว่า “เจ็บปวด” ต้องย้อนกลับไปถึงประสบการณ์ที่เราเคยมีความเจ็บปวดมาก่อน นอกจากนี้ กาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Thomson, 1990) ซึ่งเป็นลูกศิษย์ของไฮเดกเงอร์ได้ขยายแนวคิดที่สำคัญ เพื่อช่วยให้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาสามารถเชื่อมโยงจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง อย่างต่อเนื่องและชัดเจนยิ่งขึ้น คือ ภาษา และการเชื่อมโยงความหมาย

3.1 ภาษา (language) ซึ่งเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้น ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบภาษาของผู้ให้ข้อมูล และความหมายของภาษาที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ เพราะการสนทนาเท่านั้นที่จะยืนยันข้อเท็จจริงตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย

3.2 การเชื่อมโยงความหมาย (fusion of horizons) เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้และสิ่งต่างๆ จากการศึกษาปรากฏการณ์วิทยานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความ

เข้าใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน ดังนั้น ความเชื่อโยงของความเข้าใจความหมายและประสบการณ์จะช่วยลดอคติ (bias) หรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา

ลักษณะเฉพาะของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีลักษณะของการเน้นข้อมูลมากกว่าตัวเลข มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายเหตุการณ์เฉพาะมากกว่าการตัดสินใจความเป็นสากลในวงกว้าง คลาร์ก (Clark, 1994) ได้กล่าวไว้ว่าจุดเน้นและประเด็นสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีดังต่อไปนี้

1. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีจุดเน้นที่การปรากฏของปรากฏการณ์ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล
2. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาให้ความสำคัญกับองค์รวม
3. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการค้นหาความหมาย หรือการทำความเข้าใจ ประสบการณ์ แนวคิด การตัดสินใจ และความเข้าใจของบุคคล ผ่านกระบวนการหยั่งรู้ (intuition) และการสะท้อนคิดพิจารณา (reflection) อย่างมีสติ (consciousness)
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามีความมุ่งมั่นที่จะอธิบายประสบการณ์ ซึ่งต้องบรรยายให้ตรงกับความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้นมากที่สุด และควรอธิบายอย่างตรงไปตรงมาด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลว่า เกิดอะไรขึ้น คำพูดเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงมโนภาพ ความรู้สึกทั้งในทางที่ดีและไม่ดีตามความเป็นจริง ไม่ใช่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลตามความคิดเห็นของผู้ศึกษา
5. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ผู้ศึกษาต้องมีการใช้คำถามที่เหมาะสม เพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์ และมี การใช้ข้อมูลจากแหล่ง จากความทรงจำ ประวัติในอดีต บันทึกต่างๆ รวมทั้งสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและกำลังดำเนินไปในอนาคต
6. ในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา สามารถนำข้อมูลจากคำบอกเล่า (subjective data) และข้อมูลที่ได้จากการวัดและสังเกต (objective data) มาใช้ร่วมกันเพื่อยืนยันซึ่งกันและกัน
7. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ในทุกๆ ประเด็น จะมีความหมายและคุณค่า
8. ผลการศึกษาที่เกิดจากความคิด การหยั่งรู้ การสะท้อนคิดพิจารณา และการตัดสินใจ เลือกข้อมูลภายใต้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์
9. การศึกษาจะผ่านกระบวนการมองเห็น (seeing) สะท้อนคิดพิจารณา (reflecting) จนเกิดความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งในระดับต้นและลึก (knowing)

ขั้นตอนในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยามี 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ (Streubert & Carpenter, 1995)

1. การพรรณนาหรือบรรยายประสบการณ์ (descriptive phenomenology) เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ศึกษารับรู้ข้อมูล ขณะที่ข้อมูลเต็มไปด้วยความสำคัญเป็นข้อมูลที่กว้างและลึกของปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา และมีขั้นตอนย่อย 3 ขั้นตอน คือ

1.1 การหยั่งรู้ (intuiting) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยเริ่มต้นรับรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ โดยอาศัยหลักเกี่ยวกับการวิจารณ์ การประเมินผล

1.2 การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ (phenomenological analyzing) ขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์แยกแยะจุดสำคัญของปรากฏการณ์ ทั้งในส่วนที่มีความสัมพันธ์และขัดแย้งกัน

1.3 การจัดกลุ่มประสบการณ์ (phenomenological describing) การบรรยายหรือพรรณนาในขั้นนี้ อาศัยการจัดกลุ่มหรือจัดหมวดหมู่ของปรากฏการณ์ ซึ่งสิ่งที่นักวิจัยควรหลีกเลี่ยงคือ การบรรยายก่อนเวลาอันสมควร เพราะจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

2. การหาจุดสำคัญหรือเนื้อหาสาระที่แท้จริงของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นขั้นตอนที่มีผลต่อความเที่ยงของข้อมูลและทำให้สิ่งที่ศึกษามีความเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเน้นการศึกษาทั้งที่เป็น โครงสร้าง หรือส่วนประกอบที่สำคัญและสัมพันธ์กับปรากฏการณ์นั้น

3. การศึกษาปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏ (phenomenology of appearances) เป็นการเฝ้ามองเพื่อค้นหาความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานที่ที่แตกต่างกัน

4. การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (constitution phenomenology) เป็นการกำหนดโครงสร้างตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสมบูรณ์ในภาพรวม ของปรากฏการณ์อย่างมีสติ และระมัดระวัง

5. การทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นการพิจารณาถ้อยแถลง ประสบการณ์และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพื่อให้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นถูกต้องตามความเป็นจริง

6. การศึกษาความหมายหรือการตีความในปรากฏการณ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการแปลความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าจุดมุ่งหมายในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ คือ การค้นหาความหมายเพื่อจะตีความถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ตามลักษณะประสบการณ์ที่ทำให้บุคคลแสดงออกภายใต้กิจกรรมแต่ละกิจกรรม ด้วยความเข้าใจลึกซึ้งเพื่ออธิบายหรือบรรยายสิ่งที่เกิดขึ้นให้เป็น ไปภายใต้บริบทที่เกิดขึ้นจริง