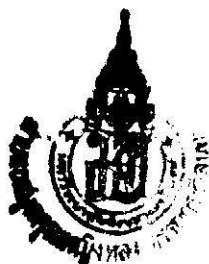


การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของ
ครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง



โดย
นางสาวมาลี สบายยิ่ง
นางสาวสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง

๙๗๐

เลขหมู่	RA๖44 P๒5 ๖๖4 2๕43 ๕.1
Bib Key	214 227
	5 ต.ค. 2544

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยเงินงบประมาณแผ่นดิน
ประจำปี 2543 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่

บทคัดย่อ

ชื่อโครงการ : การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

คำสำคัญ : การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัวชาวประมง
จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ออกแบบและใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับเงื่อนไขและกระบวนการการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง และเปรียบเทียบเงื่อนไขและกระบวนการการยอมรับในแต่ละชุมชนของ 4 จังหวัด ได้แก่ สตูล ปัตตานี นราธิวาส และสงขลา ชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนพื้นบ้านที่ไม่มีการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนย้ายน้อย ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหญิงและชายอายุ 10-74 ปี ซึ่งเป็นคนไทยมุสลิมนับถือศาสนาอิสลามหรือไทยพุทธที่ต่อมาเปลี่ยนศาสนาเนื่องจากการแต่งงานกับคนไทยมุสลิม เป็นผู้ติดเชื้อ 2 คน ผู้ป่วยเอดส์ 4 คน สมาชิกในครอบครัวและญาติผู้ดูแล 16 คน ประชาชนในชุมชน 62 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชนฝ่ายปกครอง ฝ่ายศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ครู และประชาชนทั่วไป ทั้งที่มีบ้านอยู่ใกล้เคียงและห่างไกล และรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 4 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่ม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - กันยายน 2543 ตรวจสอบข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้าเชิงระเบียบวิธีวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ผลการวิจัยสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ ครอบครัวชาวประมงส่วนใหญ่มีความรู้ยังไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ไม่ทราบความแตกต่างระหว่างการติดเชื้อ เอช ไอ วี และการเป็นโรคเอดส์ จึงเรียกคนเหล่านี้ทั้งหมดว่า "เป็นเอดส์" หรือ "ติดเอดส์" และให้ความหมายเดียวว่า โรคเอดส์ คือ โรคร้าย เป็นแล้วตายทุกราย มีเพียงจำนวนน้อยที่รู้ว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นคนปกติเหมือนคนทั่วไป แต่มีผลการตรวจเลือดเป็นบวกที่มีเชื้อเอช ไอ วี และยังไม่มีการเจ็บป่วยของโรคเอดส์อย่างชัดเจน ส่วนผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้มีอาการแล้ว อาทิเช่น ผื่น เม็ด ตุ่ม แผล ไอ่ ท้องเสีย ผอมแห้ง และผลการตรวจเลือดเป็นบวก ส่วนการปฏิบัติตน ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลทุกรายปฏิบัติตนถูกต้องเคร่งครัดตามคำแนะนำ แต่ก็มีบางช่วงเวลามีอาการทุเลาหรือไม่ปรากฏอาการชัดเจน ก็อาจปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ไม่เคร่งครัดในบางเรื่อง ส่วนครอบครัวและประชาชนส่วนใหญ่ให้การดูแลด้านจิตใจได้ดี แต่การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่ถูกต้อง

2. การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์มีการยอมรับกับตนเอง จากการพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองหรือคู่สมรสประกอบกับอาการของโรคที่ปรากฏชัดเจนหรือผลการตรวจ

ขอสรุป คุณหญิงทรง ขวัญภระ วัฒนวิ
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตภาคใต้
ปัตตานี
ภาคใต้ สมัยที่ ๑

เลือดเป็นบวกรซึ่งทุกคนเสียใจ ส่วนคนที่ไม่ได้รับการตรวจรักษามาก่อน มีความคิดว่าตนป่วยจากการเสพยาเสพติด ไม่ใช่เป็นเอดส์ยังไม่ยอมรับกับตนเอง ในการยอมรับเป็นการยอมรับความเป็นบุคคลนั่นเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขพฤติกรรมในอดีต หากในอดีตมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ เสพยาเสพติด ชนิดฉีด หรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น มีอาชีพเป็นหญิงบริการ ซึ่งเป็นการประพฤตินิดนิตหลักศาสนาอิสลาม ครอบครัวยุวมชนจะรังเกียจ ไม่ยอมรับ โดยเฉพาะถ้ามีสาเหตุจากพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมจะได้รับการรังเกียจรุนแรงมากกว่า มีแต่แม่เท่านั้นที่ยอมรับและไม่รังเกียจแต่เป็นการยอมรับแบบ “ยอมจำนน” เพราะเรื่องได้เกิดขึ้นแล้ว ส่วนการป่วยหรือติดเชื้อเอดส์จากคู่สมรส โดยผู้ป่วยคนนั้นมีพฤติกรรมและนิสัยดีมาก่อนจะได้รับความเห็นอกเห็นใจและการยอมรับเกือบทุกคน อย่างปราศจากเงื่อนไข การแสดงออกถึงการยอมรับได้แก่การมีปฏิสัมพันธ์ดั้งเดิม การให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือ การร่วมกิจกรรมสังคมที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อตามปกติโดยไม่แสดงการรังเกียจและมีการเยี่ยมไข้

3. กระบวนการการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ สำหรับตัวผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ มีกระบวนการยอมรับการป่วยหรือการติดเชื้อ โดยเริ่มจากการได้รับการยืนยันจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาถึงผลการตรวจเลือด ได้รับคำปรึกษา คิดได้ถึงสาเหตุ เนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองหรือคู่สมรส ได้รับกำลังใจ ยอมรับ และดูแลตนเอง ส่วนกระบวนการยอมรับของครอบครัวและชุมชน เป็นไปตามวิถีและวัฒนธรรมที่ถือปฏิบัติกันในกลุ่มชาวไทยมุสลิมที่ยอมรับและดูแลผู้เจ็บป่วยทุกคนดุจญาติมิตร โดยยอมรับในความเป็นบุคคลนั้นมากกว่ายอมรับการเป็นผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ และในแต่ละชุมชนที่ทำการศึกษาวิจัยได้ผลสรุปที่คล้ายคลึงกันทุกชุมชนดังเสนอมารข้างต้น

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบเงื่อนไขและกระบวนการการยอมรับระหว่าง 4 ชุมชนที่ทำการศึกษาวิจัย พบว่าได้ผลสรุปที่คล้ายคลึงกันทุกชุมชนทั้งเรื่องเงื่อนไขและกระบวนการการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์

การสร้างการยอมรับและการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน จำเป็นต้องให้ชุมชนมีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง ครอบคลุม มีการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ถูกต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อและความเจริญก้าวหน้าของสังคมที่จะทำให้อาสาสามารถพัฒนา ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้ต่อไป ตลอดจนเป็นการพัฒนาครอบครัวและสังคมด้วย

Abstract

Project Title : Acceptance of Persons Living with HIV/AIDS Fishing Industry Families in Provinces of The Lower South

Key Words : acceptance of persons living with HIV/AIDS , fishing families, four lower southern provinces

This quantitative research was designed to explain the conditional phenomena and the process of accepting HIV/AIDS patients by their fishing communities in lower southern provinces and to compare the conditions and the process of acceptance in different communities in four lower southern provinces: Satun, Pattani, Narathiwat, and Songkhla. The informants were males and females in the age range between 10 and 74 years old who were Muslim Thais or Buddhist Thais who had been converted to Muslims by marriage. These 80 informants consisted of 2 HIV infected persons, 4 AIDS patients, 16 family members and close relatives, 61 community members consisting of community leaders, both local administrators and religious leaders (Tohlmam), public health volunteers, teachers and other people residing near and far, including 4 related public health officials. The data were collected during February and August 2000 using in-depth interviews, observation and focus group discussions. The data were tested using methodological triangulation before content analysis was carried out. The findings were as follows:

1. Knowledge and practice concerning HIV/AIDS. Most fishermen and their family members did not have correct and sufficient knowledge about HIV/AIDS. They did not know the difference between HIV infected and AIDS. Their only definition for AIDS is that it is a deadly disease which cannot be cured and death in a certain consequence. Only a few of them know that HIV infected persons are just like other normal people except that they are HIV positive and without any symptoms while people with AIDS are with symptoms such as rashes, lesions, diarrhea, weight loss, and the result of their blood test is HIV positive.

2. Acceptance of AIDS patients. The acceptance of each individual with AIDS depended on his/her past behavior. If the patient had risky behavior such as injecting narcotic drugs or had improper sexual behavior such being a prostitute which are behaviors violating Muslim principals he/she would be rejected by members of his/her family and community. Patients with misbehaviors concerning sexual activities were more severely rejected. Only his/her mother accepted him/her because she was "forced into submission" that the incident had already occurred. Patients with good behavior and good conduct and contracted HIV from his/her spouse were accepted without conditions by almost all the people who also sympathized with the patients.

3. The process of accepting AIDS patients or HIV infected persons. For the patient, the process began from confirmation of the blood test result by the doctor or medical staff, to receiving advice, reflecting on his/her risky behavior and his/her spouse's risky behavior in the past, receiving encouragement, accepting the incident and taking care of him/her self. For members of his/her family and community, the process of accepting the patient was in a Muslim way and culture of taking care of the sick and accepting the patient as an individual person rather than as an AIDS patient.

In each of the communities where the study was conducted, the same results as presented above were obtained.

For communities to accept HIV/Aids patients, it is necessary to educate people so that they have sufficient and the right knowledge and attitude towards the patients. The practice concerning HIV/AIDS patients should be in compliance with the community's way of life, culture, and belief. In order to provide HIV/AIDS patients better quality of life, the practice has to be in accord with the modern society as will. This will also help develop their family and society.

คำนำ (Introduction)

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประมาณการของกระทรวงสาธารณสุข คาดว่าขณะนี้ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ระหว่าง 500,000 – 600,000 คน และคาดว่าจะมีจำนวนถึง 1 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 (สุวภาณี สุรเสียงสังข์ และคณะ 2540 : 274) และจากรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข จนถึงเดือนสิงหาคม 2540 พบว่า ขณะนี้มีผู้ป่วยเอชไอวีทั้งสิ้น จำนวน 67,904 ราย เป็นชาย 55,776 ราย เป็นหญิง 12,128 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตแล้ว 18,088 ราย ผู้ป่วยเอชไอวีส่วนมากมีอายุระหว่าง 20 – 34 ปี และมีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชาย และหญิงมากที่สุด จากการเจ็บป่วยจากโรคเอชไอวีได้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล ดังมีผู้คำนวณว่า การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเสียชีวิต จะต้องเสียเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลประมาณ 1,000,000 ถึง 1,500,000 บาท (ปราโมทย์ อีรพงศ์ และคณะ 2532: 135) และผลกระทบต่อทางสังคมที่ตามมาก็คือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักถูกรังเกียจ และถูกต่อต้านจากบุคคลหลายฝ่าย “บางรายมีปัญหาครอบครัวเนื่องจากครอบครัวไม่ยอมรับ ดังเช่น กรณีของนายฉะอ้อน เสือสมุทที่ภรรยา “ไม่ยอมหลับนอนด้วย” (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร 2534 : 7) เป็นต้น นอกจากนี้ผลกระทบของโรคเอชไอวียังมีผลต่อกลุ่มบุคคลในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นผลทางด้านจิตใจหรือการรับภาระในการดูแลโดยเฉพาะผู้ที่ เป็นพ่อแม่ สามี หรือภรรยาของผู้ป่วยเอชไอวี ดังจดหมายจากใจพ่อที่มีลูก ติดเชื้อเอช ไอ วี เขียนไว้ว่า “ตอนที่ลูกชายบอกว่าติดเชื้อเอชไอวี ไม่เชื่อหูตัวเอง และโกรธทุกสิ่งทุกอย่างเหมือนกับว่ากำลังมีอะไรที่จะมาเอาชีวิตลูก รักไปพยายามหายาและอาจารย์ตามวัดต่าง ๆ หวังว่าอำนาจ บางอย่างจะช่วยลูกได้ ด้วยใจที่ไม่อยากให้เรื่องนี้ เป็นเรื่องจริง ปฏิเสธเสมอว่าลูกไม่เป็นเอชไอวี” (ข่าวสารโรคเอชไอวี 2536 : 5) จากกรณีดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอชไอวี และส่งผลให้เกิดการไม่ยอมรับผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อในครอบครัว จนกลายเป็นภาระ และเป็นปัญหาของสังคมในปัจจุบัน

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงเงื่อนไขการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวชาวประมงในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มอาชีพที่มีอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูง และมีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี จะเห็นได้จากเอกสารสรุปสถานการณ์โรคเอชไอวีจังหวัดสงขลา (กันยายน 2540) รายงานว่าจังหวัดสงขลามีชาวประมงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการมากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป คือ มีผู้ป่วยดังกล่าวถึงร้อยละ 14.84 (ชาย 21 คน หญิง 2 คน) ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (2539) จังหวัดสงขลามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แสดงอาการเพียง 4.19% (ชาย 7 คน) เท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มอาชีพประมงและสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาค่ำ (ไม่เกินระดับประถมศึกษา) มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคเอชไอวีอยู่หลายประการ เช่น ไม่รู้ว่าเมื่อติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกจะไม่แสดงอาการ (ชาญณรงค์ เอื้อกิจวิฑูรย์และคณะ 2534) หรือเชื่อว่าโรคเอชไอวีรักษาได้ (ศูนย์กามโรคเขต 12 สงขลา และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย 2535) เป็นต้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมองเห็นแนวโน้มของกลุ่มอาชีพประมงซึ่งนับวันจะมีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น และปัญหาที่จะเกิดตามมาคือ ถ้ามีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นในครอบครัว สมาชิกของครอบครัวจะเข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้อยู่ร่วมในครอบครัวได้หรือไม่เพียงใด ประเด็นปัญหาเหล่านี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจและยังไม่มีผลงานวิจัยที่แพร่หลาย ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษาถึงปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ประชาสัมพันธ์ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัวอย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับเงื่อนไขและกระบวนการ ยอมรับผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเงื่อนไขและกระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัวชาวประมงในแต่ละชุมชน

คำถามการวิจัย

1. การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่างเป็นอย่างไร มีเงื่อนไขและกระบวนการยอมรับอย่างไร
2. เงื่อนไขและกระบวนการการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละชุมชนเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รายงานผลการวิจัยเรื่อง การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงมีจำนวนน้อย โดยเฉพาะกลุ่มครอบครัวชาวประมง ตามที่ปรากฏเป็นผลการศึกษาในกลุ่มทั่วไป แต่ก็ให้ความรู้เรื่องการยอมรับ ทักษะติดต่อโรคเอชไอวีของสังคมพหุสมควรถังจะนำเสนอต่อไปนี้

เกติณี จุฑาวิจิตร (2533) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ไม่มีอาการกับครอบครัวพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่กับครอบครัว พวกที่เป็นสัดส่วนใหญ่ไม่บอกผลการตรวจเลือดให้ผู้ใดในครอบครัวหรือเพื่อนฝูงทราบ ครั้งหนึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ คือไม่ใช้ถุงอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ทุกครั้งอย่างไม่เจตนา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวได้จนอยู่ในสภาพที่ยอมรับความเป็นจริงถึงแม้จะมีความวิตกกังวลบ้าง ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันอย่างปกติโดยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ความคิดความเชื่อที่ว่า "ไม่มีอาการ" แปลว่า "ไม่มีโรค" เป็นเอชไอวีดีกว่าติดยาเสพติด ความรักความเข้าใจและความผูกพันระหว่างกัน ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการป้องกันโรค และการไม่เปิดเผยความเป็นจริงของการตรวจเลือด

ขณะที่ สุรพร ธนศิลป์และคณะ (2534) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติของพยาบาลในเขตอำเภอเมือง และอำเภอขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ต่อผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.5) มีทัศนคติต่อผู้ป่วยเอดส์ไปในทางบวกในด้านความเห็นอกเห็นใจและมนุษยธรรม ส่วนทัศนคติทางลบนั้น ส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบต่อพยาบาลโดยตรงในเรื่องความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง นครทิพย์ สิงหนณี และภริตา ก้วยเกียรติกุล (2535) ได้ทำการสำรวจความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มหญิงมีครรภ์ในจังหวัดอ่างทอง พบว่า หญิงมีครรภ์ร้อยละ 57.2 รู้สึกเห็นใจผู้ติดเชื้อเอดส์ และในขณะเดียวกัน ร้อยละ 16 ไม่ต้องการเข้าใกล้ และร้อยละ 10.8 ไม่อยากที่จะอยู่ร่วมสังคมเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์

นอกจากนี้ สุนทรี ภานุทัตและคณะ (2539) ได้ศึกษาการประเมินความรู้ทัศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติของพระภิกษุ สามเณร ต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์พบว่า พระภิกษุสามเณรทั้ง 5 จังหวัดในภาคเหนือ ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในทางบวก ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งจะให้ความร่วมมือในอันที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์และญาติของเขา รวมถึงการเผยแพร่ความรู้และการให้ความช่วยเหลือระดับระบอบทางด้านจิตใจด้วย

ส่วนการยอมรับผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ในทัศนะของครอบครัว ฉวีวรรณ ไวยเนตรและคณะ (2538) ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี จังหวัดแพร่ พ.ศ. 2537 พบว่า เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.4) มีความเห็นว่าถ้าญาติพี่น้องคนใดคนหนึ่งติดเชื้อเอดส์ จะปฏิบัติต่อเขาเหมือนกับเดิมทุกอย่าง ขณะที่ สุจินต์ เกตสา (2538) ได้ศึกษาช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ และการยอมรับผู้ป่วย/ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ของครอบครัวจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2537 พบว่า ครอบครัวยอมรับผู้ป่วย / ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ร่วมบ้านได้ร้อยละ 89.93 อย่างไรก็ตาม แนน้อย ยานวารี (2539, 174 - 175) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์รับรู้ถึงสิ่งเร้าความเครียดด้านจิตสังคมมีความรุนแรงมากกว่าสิ่งเร้าความเครียดด้านร่างกาย และความเครียดของผู้ป่วยเอดส์ที่พบบ่อยที่สุด คือ ความรู้สึกว่าการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอดส์เป็นความผิดของตนเอง รองลงมาคือ ความหวุ่นวิตกว่าคนอื่นจะทราบสาเหตุการเจ็บป่วยและความรู้สึกกลัวเมื่อนึกถึงความเจ็บป่วย และจากการสัมภาษณ์ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 4 (2537, 51) ประเด็นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์นั้น ได้เน้นครอบครัวเป็นหลัก โดยการส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติ โดยมุ่งลดความรู้สึกรังเกียจและแบ่งแยกระหว่างผู้ติดเชื้อกับครอบครัว

อุปกรณ์และวิธีการ (Material and Methods)

การวิจัยครั้งนี้ออกแบบและใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. พื้นที่และการเข้าพื้นที่ที่ศึกษา

พื้นที่ที่ศึกษาได้แก่ ชุมชนประมงพื้นบ้านที่ไม่มีการเคลื่อนย้ายหรือเคลื่อนย้ายน้อย ใน 4 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ สตูล ปัตตานี นราธิวาสและสงขลา เลือกจังหวัดละ 1 ชุมชน ที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เปิดเผยตัวต่อชุมชนหรือเป็นที่รับรู้ของชุมชน ในกรณีที่เสียชีวิตแล้ว จะต้องเป็นรายที่เปิดเผยหรือเป็นที่รับรู้ของชุมชนด้วยเช่นกัน และครอบครัวสมัครใจให้ข้อมูล

การเข้าพื้นที่ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตต่อผู้มีอำนาจและรับผิดชอบระดับจังหวัด อำเภอ แล้วผู้วิจัยเข้าพื้นที่ชุมชนแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ทำความรู้จัก สร้างสัมพันธภาพกับประชาชนในชุมชน โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลหลักจนสามารถพูดคุยกันได้ในเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้วิจัยจึงเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึกตามประเด็นที่กำหนดและประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้อง การเข้าพื้นที่แต่ละแห่งใช้ระยะเวลาและความถี่ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับความอึดอัด ความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ในทุกพื้นที่ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้มีประสบการณ์ตรงสามารถให้ข้อมูลที่ตอบคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ได้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ 6 คน สมาชิกในครอบครัวบุคคลใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย 16 คน บุคคลผู้มีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน อาทิผู้ใหญ่บ้าน, อบต., อสม., ครู, ผู้ทรงวุฒิ ในชุมชน 21 คน ผู้นำศาสนา 4 คน เพื่อนบ้านใกล้ชิดเคียงและห่างไกลจากบ้านผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ทั้งหญิงชาย ผู้ใหญ่และวัยรุ่น 37 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 4 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลัก 88 คน

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีหลัก คือ การสัมภาษณ์เจาะลึกที่มีแนวคำถามเป็นกรอบนำการสัมภาษณ์และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แต่เมื่อได้เข้าพื้นที่พบและสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์และประชาชนแล้วพบว่าจำเป็นต้องเพิ่มวิธีการเก็บข้อมูล โดยใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมเช่นการดูแลผู้ป่วยเอดส์การให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และครอบครัว ทั้งนี้กระทำภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญแล้วและมีได้มีผลเสียดต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ การสนทนากลุ่มซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติและการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยจัดทำ บันทึกเทปเสียง บันทึกภาคสนาม ในรายที่ผู้ให้ข้อมูลไม่อนุญาตให้บันทึกเสียงจะใช้วิธีจดบันทึกเท่านั้น

4. การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้าเชิงระเบียบวิธีวิจัยตรวจสอบความหลากหลาย อึดอัดและความเป็นจริงของข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มที่บันทึกเสียงไว้ ผู้วิจัยถอดข้อความแบบคำต่อคำ และนำข้อมูลจากบันทึกภาคสนามมาวิเคราะห์โดยอ่านทำความเข้าใจข้อความ กำหนดประเด็นหลัก จัดดัชนี รหัส และหมวดหมู่ ติความ หาความเชื่อมโยงของข้อมูล ตรวจสอบความหมายและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะมีการตรวจสอบทุกขั้นตอน และเพื่อความแน่ใจว่าข้อสรุปถูกต้อง ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง

จริยธรรมการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อผู้นำฝ่ายปกครอง ผู้นำศาสนา ชี้แจงแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ วัตถุประสงค์การเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย เพื่อขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งทุกคนยินดี ร่วมมือและแสดงความยินยอมโดยทางวาจา มิได้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับชื่อต่าง ๆ นอกจากชื่อจังหวัดแล้ว ชื่อสถานที่หรือชื่อบุคคลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้ทั้งหมดเป็นนามสมมติ

ผลการวิจัย การอภิปรายผล (Result and Discussion)

ความรู้ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ยังมีความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ เอช ไอ วี และโรคเอดส์ ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่ให้ความหมายของโรคเอดส์ว่าเป็น เป็นโรคร้าย เป็นแล้วต้องตาย คำตอบความรู้เรื่องโรคเอดส์เป็นตามคำโฆษณาโดยไม่ทราบรายละเอียดที่ถูกต้อง ความรู้เรื่องอาการของผู้ป่วยเอดส์หลายคนจะพูดตาม ๆ กันและมักจบประโยคด้วยคำถาม แสดงความไม่แน่ใจ เช่น "...ผมม กินไม่ได้ มีผื่น ตุ่ม หนอง ตามตัว ซ้ำว (ท้องเสียชั้นรุนแรง)... ไซม์ย ?.."

ระหว่างผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถบอกความแตกต่างได้ จึงเรียกรวมกันว่า "เป็นเอดส์" หรือ "ติดเอดส์" มีคนเพียงจำนวนน้อยที่มีความรู้และบอกได้ว่าผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี คือคนที่มีผลการตรวจเลือดเป็นบวก และมีเชื้อ เอช ไอ วี ลักษณะอาการทั่วไปของคนนั้นจะเหมือนคนปกติทั่วไป แยกไม่ออก จะรู้เมื่อมีผลเลือดแสดง "ดูไม่ออกหรอก แต่ถ้าเลือดบวก เอช ไอ วี หรือที่โรงพยาบาลเค้าเขียนรูปหัวใจไว้ในใบตรวจ (ใบ Lab ตรวจเลือด) ก็นั่นแหละติดเชื้อแล้ว..." "คนติดเชื้อไม่มีอาการ คนป่วยมีอาการ ฟันนั้นแหละ (อย่างนั้นแหละ คืออาการปรากฏของผู้ป่วยโรคเอดส์) การปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ในกรณีที่อยู่ผลการวินิจฉัยอย่างเป็นทางการจากแพทย์ พยาบาล หรือเคยเข้ารับการรักษาโรคในโรงพยาบาลทุกคนจะได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง เมื่ออยู่บ้าน คนกลุ่มนี้จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง คร่งครัดแต่ในบางช่วงเวลาที่อาการทุเลาหรือไม่ปรากฏอาการ

ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้ออาจปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องบ้าง บางรายประพฤตินั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงอีก เช่น การกลับไปฉีดยาเสพติด (ชนิดฉีด) ดังคำบอกเล่าของผู้ป่วย "...เพื่อนชวน เห็นทำงานได้แล้ว (ไม่มีอาการป่วยที่ชัดเจน) ตอนนั้นก็กลุ่ม ๆ อยู่พอมันจะไม่ไหวก็คิดได้...ก็เสียใจ..." "...ต้องคอยระวังตัวแล้ว เมื่อก่อนพอมีแรง ไม่มีตุ่ม ก็ทำงานลองอีก (ยาเสพติด) ครั้งหนึ่งไม่เป็นไร ก็เอาอีก พอดีขึ้น ก็คิดว่าไม่เอาอีกแล้ว ต้องใจแข็ง อยู่ให้ได้ สงสารเค้า (ภรรยา) เค้าก็เจ็บ (เป็นเอดส์ติดจากสามี) ทำงานไม่ได้ทั้งคู่..." หรือผู้ติดเชื้อที่ปกติจะออกกำลังกาย ดูแลเรื่องอาหารทำกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและงดพฤติกรรมเสี่ยง แต่บางครั้งก็ดูแลตนเองไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การพักผ่อนน้อยไม่รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หนุ่ย ไม่มีกำลังใจ รู้สึกเสียใจที่ตนเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ "...มันไม่อยากจะกินเฉย ๆ ไม่กินข้าว 2 วันแล้ว ไม่หิว ไม่อยาก... มันก็ไม่ใช่ไร ไม่ใช้ กินมั่งไม่กินมั่ง ไม่เป็นไร ก็เลยไม่กิน" จะเห็นว่าผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อทุกคนไม่ได้ปฏิบัติดูแลตนเองอย่างถูกต้องตลอดเวลาโดยเฉพาะเมื่อไม่ปรากฏอาการป่วยที่ชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้จะพบผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการน้อย อ่อนเพลีย สลับกับการไม่มีอาการเป็นช่วง ๆ

ส่วนครอบครัวและประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์ด้านจิตใจได้ดี เป็นผู้ให้กำลังใจ แต่ปฏิบัติด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื่อไม่ถูกต้อง

การยอมรับและเงื่อนไขการยอมรับ

การยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของประชาชนในชุมชนที่ศึกษาทั้ง 4 แห่ง จำแนกออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัวรวมญาติใกล้ชิด และประชาชนทั่วไปในชุมชน

กลุ่มผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ การยอมรับการป่วยหรือติดเชื้อเอดส์ของคนกลุ่มนี้มีลำดับขั้นตอนหรือกระบวนการดังต่อไปนี้ คือ เริ่มจากการตรวจเลือด ได้รับการบอกผลการตรวจเลือดโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา (counselor) เมื่อได้รับทราบผลทุกคนมีอาการตกใจ ไม่แน่ใจด้วยมีความคาดไม่ถึงว่าจะเป็นอย่างนั้น เมื่อได้รับการยืนยันผลและได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ จะเสียใจ กลัว (ครอบครัวเสียใจ) ไม่กล้าบอกใคร สำหรับผู้ป่วยที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและกำหนดให้ไปรับยาทุกเดือน ส่วนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ตั้งครรภ์ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะให้คำปรึกษาเป็นระยะ และเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอภายหลังคลอด ในระยะที่อยู่บ้านบางคนปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดสม่ำเสมอ บางคนไม่ได้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด จึงพบว่าบางเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีก ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจต่ำทำให้มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเป็นพัก ๆ ช่วงนี้เองที่ทุกคนได้ย้อนคิดหาสาเหตุว่าโรคนี้เกิดขึ้นกับตนได้อย่างไร และพบว่าตนเองหรือคู่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วย 2 คน และข้อมูลของประชาชนในชุมชน

"เมื่อก่อนเล่นยา (เฮโรอีน ฉีด)...พวกกัน...ลองดูแล้วติด...ก็เพิ่มบิก (ปริมาณยาเป็นหลอด) บางทีเข็มเดียวฉีดด้วยกัน"

"...ใช้ผง (เฮโรอีน) ละลายน้ำฉีด บางทีก็ใช้เข็มเอง (ของตนเองคนเดียว) บางทีก็ของเพื่อน บางทีเพื่อนก็ใช้ของเรา..."

“ผู้หญิงก็เหี่ยวก่อนนี่ ตามประสา... ไม่ใช่ ส่วนใหญ่ไม่ใช่ (หญิงงามอนามัย)” (ผู้ป่วยชาย 1)

“แฟนใช้ยา ดิทยาเสฟติด (ชนิดฉีด)... พี่เรา (พี่ชาย) โกรธ บอกเดี๋ยวมันเอาโรคเอดส์มาติดเรา เราขอให้เขาเลิก (ยาเสฟติด) ก็กลัว เขาไม่เลิก..นี่เราก็กังขวย” (ผู้ป่วยหญิง)

“สาวเป็นคนขยันมีน้ำใจ... ดี... แฟนเขาเล่นของ (ฉีดยาเสฟติด)...” (เพื่อนผู้ป่วยหญิง)

ส่วนผู้ติดเชื้อสามี ภรรยา ไม่อาจบ่งชี้ชัดว่าใครเป็นผู้แพร่เชื้อเนื่องจากทั้งคู่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ติดเชื้อชายแสดงอาการถึงการยอมรับว่าที่ตนติดเชื้อเอดส์เพราะเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน “เที่ยวครบ เมื่อก่อนเที่ยว แล้วก็ไม่ค่อยได้ป้องกัน... ไม่รู้ (ติดเชื้อเอดส์ได้) แล้วตอนหลังได้ยินคนพูดถึงเอดส์เหมือนกันแต่ไม่ได้นึกถึงเท่าไร... เป็นแล้วก็นึกเสียใจ... เมื่อก่อนไม่ได้ระวัง...”

ส่วนผู้ติดเชื้อหญิงแสดงตนเหมือนว่าตนรับเชื้อมาจากสามี ด้วยถ้อยคำโน้มเอียงไปทางให้คนอื่นเข้าใจว่าสามีเป็นผู้นำเชื้อมาแพร่ให้ตน “กบ เป็นคนเที่ยวจัด เมื่อก่อน... มาหยุดที่หนู เดี่ยวนี่กลับจากเล (ทะเล) ก็มาอยู่กับหนูกับลูก บ้านเมียหลวงยังไม่ไป ถ้าลูกหรือแม่ (แม่สามี) ไม่มาตาม ก็ไม่ไป...”

“เมื่อก่อนทำงานโรงงาน เคยทำงานหลายอย่าง... แฟน (เพื่อนชาย) เยอะ ก็เที่ยวกันก็ สนุก...”

“...อยากไปไหน ๆ บางทีอยากตาย ๆ ไป คนไม่เข้าใจ รำคาญเมียหลวง กบ มารังควาน แต่ก็สงสารลูก... ตอนนั้นหมอ (พยาบาลที่ให้คำปรึกษา) บอกให้ดูแลตัวเอง ให้เลี้ยงลูกให้ดี ยังไม่เป็นไร เด็กโตอีกหน่อยค่อยเจาะเลือดตรวจ หมอให้นม ให้ตั้งค์ วันก่อนเอาข้าวสารมาให้ ตอนนั้นก็เลี้ยงลูกอย่างเดียว ลูกเล่นชนแข็งแรง... ถ้ากบ กลับมาก็ดูแล ให้เขาได้กินอิ่ม นอนหลับ ไม่มีกินหนูไม่กินก็ได้ ไม่ค่อยหิว... สองวันแล้วไม่ได้กินอะไร... ให้เขา (สามี, ลูก) ได้กินดี ๆ ...”

เมื่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อย้อนคิดแล้วพบว่าตนเอง “ผิดเอง” ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทำให้ป่วยหรือติดเชื้อก็เสียใจ แต่ไม่อยากตายเมื่อคิดถึงลูก สงสารลูกที่ยังเล็ก จะไม่มีใครดูแล การยอมรับว่าตนป่วยหรือติดเชื้อเอดส์เกิดขึ้นเมื่อได้ย้อนคิดและพบว่าตนหรือคู่มิมีพฤติกรรมเสี่ยง หรือเมื่ออาการป่วยกำเริบหรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อไปโรงพยาบาลจะได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทำให้ค่อย ๆ ยอมรับว่าตนป่วยหรือติดเชื้อเอดส์จริงและ ต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง ทุกคนก็จะพยายามดูแลตนเอง บำรุงส่งเสริมสุขภาพและตั้งใจทำงานเก็บเงินเลี้ยงลูก เพราะ “ไม่รู้จะตายเมื่อไร” บางรายแสวงหาทางเลือกในการรักษา เช่นการใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น

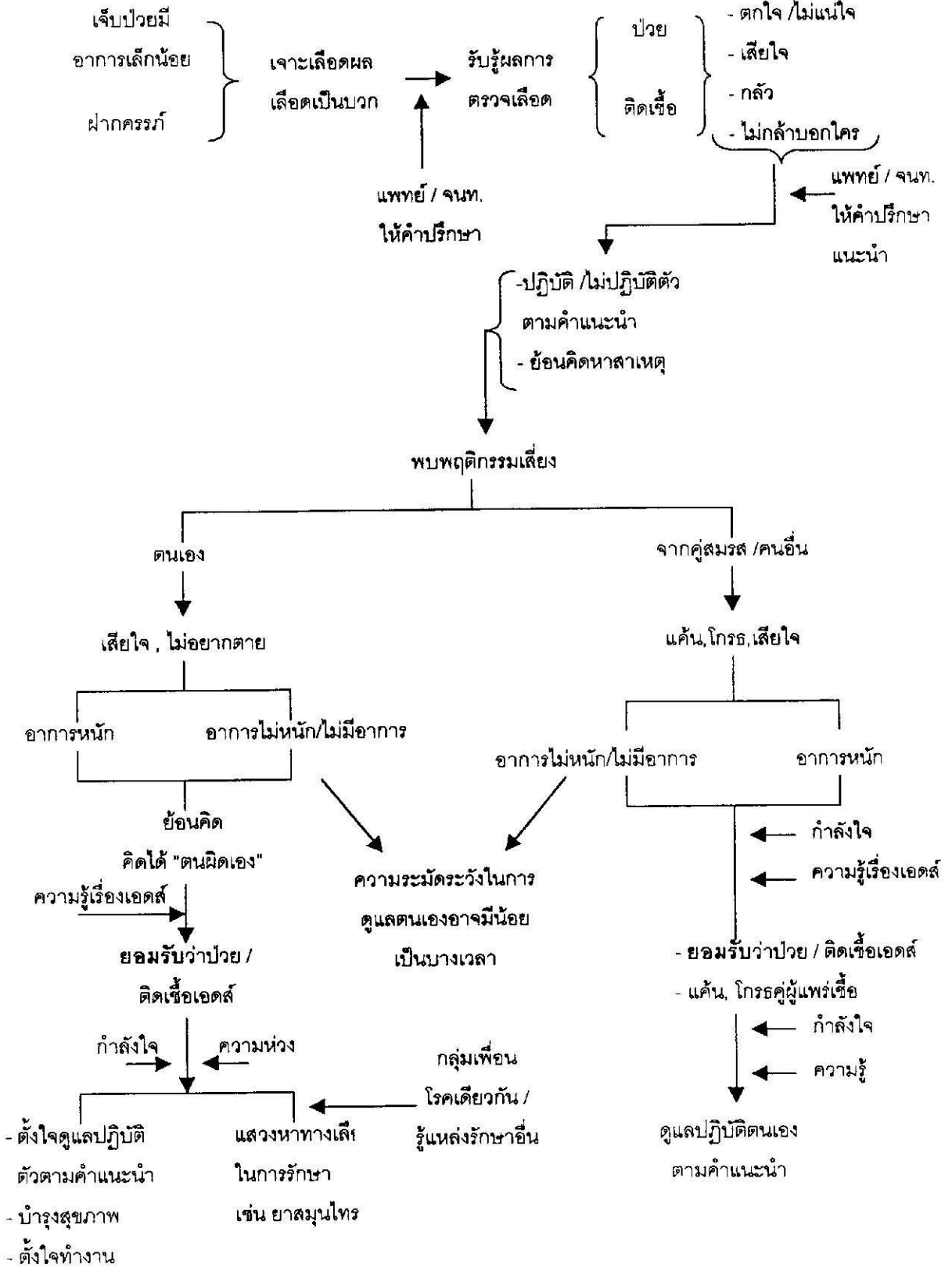
ส่วนผู้ป่วยที่รับเชื้อจากคู่มรสโดยที่ตนเองมิได้มีพฤติกรรมเสี่ยง จะมีความแค้นโกรธ และเสียใจ แต่เมื่อได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ การดูแลช่วยเหลือและกำลังใจจากครอบครัว เครือญาติ และความห่วงลูก ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าถึงแม้ ตนป่วยเป็นโรคเอดส์ก็ต้องอยู่เพื่อเลี้ยงลูกต่อไป ตลอดช่วงชีวิตตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันที่ทำการศึกษ ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง และบางช่วงที่อาการไม่เด่นชัดเหลือแต่ร่องรอยของโรค ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้กำลังใจอย่างมหาศาลในการดำเนินชีวิต ทั้งจากตนเอง ครอบครัวโดยเฉพาะจากลูก เครือญาติ เพื่อนที่ให้การยอมรับ ให้ความช่วยเหลือ และไม่แสดงท่าทางรังเกียจ “...เวลามีตุ่มมีเม็ดขึ้นตามแขน ตามหน้า ก็ไม่ได้ไปเลือก (เลือกถุง เป็นงานรับจ้างในหมู่

บ้านที่ผู้ป่วยยึดเป็นอาชีพอหลัก) มันคัน... กลัวเขารังเกียจ แต่เค้าก็ไม่ได้ทำอะไร... เค้าถามเป็นอะไร บอกให้ไปหาหมอ... ตอนหลังถามมาก ๆ ก็บอกเค้า... เป็นโรคเหนียว (เอดส์) เค้าก็ไม่ทำอะไรก็ยังทำงาน คุยกัน กินมะม่วงน้ำปลาหวานด้วยกัน... ก็มีบางคนรังเกียจ เขาลุกไปเลยเวลาซื้อขนม เมื่อก่อนหยิบเอง ตอนหลังแม่ค้าบอกจะหยิบให้ เค้าไม่ให้เราหยิบ เค้าบอก ลูกค้าบางคนไม่ซื้อขนมที่นี้อีก ถ้าให้สาวหยิบขนมเอง เค้ากลัวติดโรค เค้าไม่รู้ว่าโรคนี้ติดไม่ถ่ายอย่างนั้น เราไม่โกรธ แต่น้อยใจ... ตอนมีตุ่มมีเม็ดเค้าก็ยังเรียกกินมะม่วง... เห็นชอบ... เค้าตักน้ำปลาหวานใส่อีกถ้วยให้ ก็นั่งรวมกันอยู่แต่แยกถ้วย... หลัง ๆ เวลาป่วย เดินไม่รอด (ไม่ไหว)... ถึงเดินรอดก็เดินไปซื้อขนม กวядเดียว หอกลับมากินที่บ้าน... เวลาป่วยมาก ๆ พี่ชายพาไปหาหมอ พี่สะใภ้มาเช็ดตัวล้าง ถ้าไม่มีอะไรกินหรืออยากกินอะไรบอกลูกไปเอากับข้าวที่บ้านพี่ เขาทำให้ อยากกินอะไรเขาบอกว่าให้บอก เขาก็ทำให้...”

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะยอมรับการป่วยเป็นโรคเอดส์ แต่ผู้ป่วยยังคงมีความรู้สึกโกรธ แค้น สามมืออยู่ในใจ เจ็บ ๆ ที่นำโรคมาแพร่ให้ตน “แค้น ไม่เอาแล้ว ไม่ให้มาอยู่ด้วย เค้าขอคืนดีด้วย... เค้าเอาโรคมาติดเรา เคยขอให้เลิก (ยาเสพติด)... ไม่เลิก...”

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีกระบวนการยอมรับการป่วยหรือการติดเชื้อของตน คล้ายคลึงกัน อาจจะมีปฏิกิริยาต่อภาวะแวดล้อม หรือมีความรู้สึกความคิดบางอย่างแตกต่างกันบ้าง แต่เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับคือ การย้อนคิดได้ว่าตนหรือคู่มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อนและกำลังใจ การช่วยเหลือหรือการยอมรับ และไม่มีท่าทางรังเกียจของครอบครัว เครือญาติ ส่วนการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อยอมรับการป่วยหรือการติดเชื้อของตนอย่างมีเหตุผลที่เป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งสรุปกระบวนการได้ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1. กระบวนการยอมรับการป่วย การติดเชื้อเอดส์ของผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์



กลุ่มครอบครัวชาวประมง ครอบครัวชาวประมงในที่นี้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มครอบครัว และเครือญาติใกล้ชิด อีกกลุ่มหนึ่งคือประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่ยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ส่วนน้อยที่ไม่ยอมรับซึ่งกระบวนการยอมรับมีดังรายละเอียดต่อไปนี้ ระบุว่าผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเป็นผู้บอกเองหรือได้รับฟังจากการพูดปากต่อปาก บางคนก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้างตามความรู้ที่มีอยู่ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรคเอดส์ปรากฏชัดเจน ประกอบการพิจารณาพฤติกรรมในอดีต ของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ หากพบว่า มีพฤติกรรมดี แต่คู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชือนั้นจะได้รับการยอมรับ การดูแล ช่วยเหลือ ความเห็นอกเห็นใจและการเยี่ยมไข้ การยอมรับลักษณะนี้เป็นที่ยอมรับในความเป็นบุคคลนั้นที่เป็นคนดีมากกว่า การยอมรับการเป็นผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ เป็นการยอมรับตามความเชื่อ ความศรัทธาตามหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม ทั้ง 4 ชุมชนที่ศึกษา ดังคำกล่าวของโต๊ะอิหม่ามชุมชนหาดสวย ซึ่งเป็นผู้นำยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ของชุมชนและพำนักสอนชาวมุสลิมในชุมชนให้ประพฤติดี ยอมรับและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ตามหลักศาสนา คำกล่าวมีดังนี้

“...ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ได้... ต้องมีความเชื่อ ความศรัทธาอัลเลาะห์ คิดว่าอัลเลาะห์อยากให้คุณของอัลเลาะห์ทุกคนมีความสุข เชื่อและศรัทธาอัลเลาะห์แล้ว... คนหนึ่งเจ็บ... ทุกคน คือ คน ๆ เดียวกัน คนหนึ่งเจ็บ เธอเจ็บด้วย ถ้าเธอไม่ยอมเจ็บ เธอต้องช่วยคนอื่น คนไข้เอดส์จะอยู่ได้ทุกคนต้องให้ความรักทุกคนต้องช่วย หมายถึงว่า ต้องมีศรัทธา ช่วย...”

แม้ว่าผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อจะมีพฤติกรรมในอดีตดี แต่เครือญาติใกล้ชิดและประชาชนทั่วไปบางส่วนก็ยังไม่ยอมรับ บางคนมีท่าทีรังเกียจ บางคนไม่แสดงท่าทีรังเกียจแต่ก็จะไม่เกี่ยวข้อง จะอยู่ห่าง ๆ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการป่วยหนัก คนกลุ่มนี้ก็จะไปเยี่ยมไข้ สาเหตุของการไม่ยอมรับเนื่องจากไม่ยอมรับคู่สมรสที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ที่ส่วนใหญ่เสพยาเสพติด เหตุอีกประการหนึ่งเพราะไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอช ไอ วี ระบุว่าเพียงว่า เอดส์เป็นโรคร้าย คนที่เสพยาเสพติดสุดท้ายจะตายด้วยเป็นโรคเอดส์ คนเสพยาเสพติดเป็น “คนบาป” หมายถึงทำผิดหลักศาสนาคนทั่วไปจะประณามคนบาปและไม่ยอมรับ กรณีผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรคเอดส์ปรากฏชัดเจน บางคนจะมีท่าทีรังเกียจหรือพูดออกมาเลยว่ารังเกียจ บางคนไม่ยอมรับ และไม่เกี่ยวข้อง แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก เขาก็จะไปเยี่ยมไข้ จะเห็นว่าหากผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ซึ่งอาจสรุปได้ว่าไม่ยอมรับเพราะการมีพฤติกรรมเสี่ยง คือ การเสพยาเสพติด ซึ่งเป็นเรื่องที่ชุมชนรังเกียจ ดังความคิดเห็นของประชาชนของชุมชนทั้ง 4 แห่ง

“...เสพยาเสพติด ไม่ชอบ คนไม่ดี...”

“...อันตราย ทำให้คนเสื่อมเสีย”

“... เป็นโรคน่ากลัว ไม่อยากเข้าใกล้”

“...เป็นหมอ (ฉีดยาเสพติด) ฉีดเอง ตายเอง ติดยาเป็นเอดส์ตาย... ‘ไม่ยุ่ง ไม่ชอบ’”

“เพื่อนที่เคยสนิท เคยเที่ยว เคยกินหาหมอด เขารังเกียจ เมื่อก่อนถ้ามาเดินผ่าน เพื่อนก็เรียกมานั่งกิน นั่งคุย เดี่ยวนี้ไม่มี... เขานั่งคุยกัน เราเดินผ่าน เขาหันหน้าไปทางอื่น บางคนลุกไป เขาว่าเราทำผิดหลักศาสนา ทำผิดกฎของอิสลาม”

เป็นที่น่าสังเกตคือในทุกชุมชนจะยอมรับหรือไม่ยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ก็ตาม จะเป็นครอบครัว เครือญาติใกล้ชิด หรือประชาชนทั่วไปก็ตาม เมื่อผู้ป่วยเอดส์ป่วยหนัก ส่วนใหญ่จะไปเยี่ยมใช้จากการสังเกตและสัมภาษณ์ พบว่าการเยี่ยมใช้เป็นที่ชาวไทยมุสลิมในภาคใต้ถือปฏิบัติมานาน เป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนา “เมื่อมีคนเจ็บป่วย ต้องไปเยี่ยม” เพราะ “ทุกคนเป็นญาติกัน ต้องช่วยกัน...” อีกทั้งผู้นำศาสนา (โต๊ะอิหม่าม) สอนเสมอว่า “มุสลิมที่ดีต้องรักกัน ต้องศรัทธาอัลเลาะห์ ...ทุกคนต้องการความรัก ทุกคนต้องช่วยกัน” โต๊ะอิหม่าม ยอมรับผู้ป่วยเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน เพราะคิดว่าเป็นความรับผิดชอบของ ผู้นำศาสนา “...ประการแรกเขาเป็นญาติเรา... อยู่ในชุมชนของเรา ต้องรับผิดชอบ ตามหลักศรัทธา ต้องช่วย เจ็บตรงไหนก็เจ็บไปหมด ต้องช่วยกัน พี่น้องต้องบอกกัน...” ชุมชนมีความศรัทธาในตัวผู้นำศาสนาของเขา เขาจึงปฏิบัติตาม

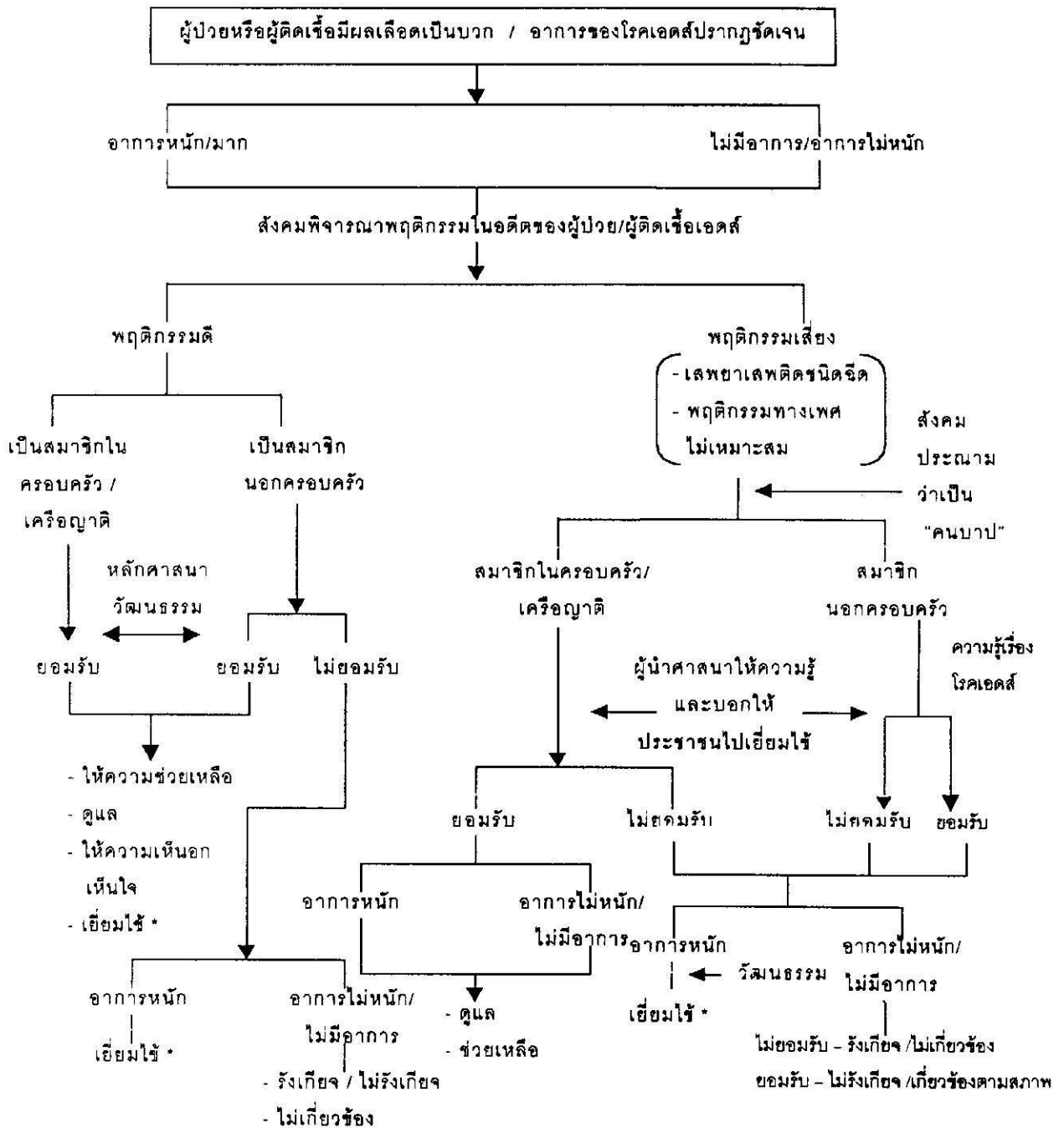
วิธีการเยี่ยม ที่พบและจากคำสัมภาษณ์ อาจแบ่งได้เป็น 2 แบบ ได้แก่ การเยี่ยมใช้แบบมีสัมพันธภาพและการเยี่ยมตามหน้าที่ การเยี่ยมแบบมีสัมพันธภาพเป็นการเยี่ยมที่ผู้เยี่ยมใช้ ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดซึ่งก็จะเยี่ยมแบบใกล้ชิดด้วยความรักความเมตตา เอาใจใส่ พุดคุยให้กำลังใจ การสวดเพื่อให้ผู้ป่วยมีสติมั่นคง แน่วแน่อยู่ที่อัลเลาะห์ มีจิตใจสงบ การดูแลช่วยเหลืออื่น ๆ เช่นการช่วยทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ถ้ามีสัมพันธภาพธรรมดาไม่ลึกซึ้งก็จะเยี่ยมแบบพุดคุยให้กำลังใจธรรมดา ส่วนการเยี่ยมตามหน้าที่ คือ การเยี่ยมตามพันธกิจที่มีในคำสอนทางศาสนา ที่กำหนดไว้ว่าต้องเยี่ยมผู้ป่วยหนัก ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จักเป็นส่วนตัว แต่อยู่อาศัยในชุมชนเดียวกัน ตามความเชื่อที่ว่า “...ทุกคนเป็นพี่น้องกัน ต้องช่วยเหลือกัน” (โต๊ะอิหม่ามชุมชนหาดสวย, โต๊ะอิหม่ามชุมชนทิวสน) การเยี่ยมใช้แบบนี้เป็นการแสดงออกถึงความเป็นมุสลิมที่ดี

ของเยี่ยมใช้ที่ผู้เยี่ยมนำไปให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีหลากหลายแต่ที่เห็นเป็นประจำและแตกต่างจากชุมชนอื่น ๆ เช่น ชุมชนไทยพุทธ คือ เงิน ผู้เยี่ยมมักจะให้เงินผู้ป่วยคนละ 10 - 20 บาท หรือตามแต่ผู้เยี่ยมจะให้เพื่อเก็บไว้ใช้สอยตามต้องการและหรือน้ำตาล ส่วนของเยี่ยมอื่น ๆ เช่น อาหาร ผลไม้ เป็นต้น การเยี่ยมใช้โดยการให้เงินและน้ำตาล ผู้เยี่ยมให้เหตุผลว่า “ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้นำไปใช้สอยซื้อข้าวของตามต้องการและมีประโยชน์โดยตรง อะไรไม่จำเป็นก็ไม่ต้องซื้อ ไม่รบกวน เพราะคนเจ็บมักเป็นคนจนไม่ค่อยมีเงิน” ส่วนน้ำตาลเป็นน้ำตาลทราย “น้ำตาลทรายเก็บไว้ชงน้ำชา รับแขกที่มาเยี่ยม บางทีก็เอาขนมปังไปเยี่ยมด้วย ไม่ได้เอาให้คนใช้กิน คนใช้นักกินไม่ได้อยู่แล้ว... แขกมาเยี่ยมเยอะ น้ำตาลต้องใช้เยอะต้องชงน้ำชาเลี้ยง...”

กระบวนการการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมงทั้งสี่ชุมชน โดยสรุปมีกระบวนการเหมือนกัน ส่วนการแสดงออกของการยอมรับและไม่ยอมรับมีความแตกต่างกันหลายระดับที่

เห็นได้ชัดเจนคือ แบบใกล้ชิดตามสัมพันธ์ภาพที่มีต่อกันเหมือนเดิมให้กำลังใจ ให้การดูแลช่วยเหลือ บางครั้งจะเพิ่มมากขึ้น แบบปกติทั่วไป คือการร่วมกิจกรรมสังคมที่มีผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ ตามปกติโดยไม่แสดงท่าทีรังเกียจ และแบบห่าง ๆ คนกลุ่มนี้ร่วมกิจกรรมสังคมน้อย การเยี่ยมไข้ก็เป็นการ “ไปดูเฉย ๆ ดูห่าง ๆ ดูว่าเป็นยังไง ไม่ได้คุยแล้วก็กลับ...” ส่วนกลุ่มที่ไม่ยอมรับ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนัก คนกลุ่มนี้ก็ไปเยี่ยมไข้ด้วยเป็นการเยี่ยมตามหน้าที่ของมุสลิมที่ดี แต่ปกติแล้วจะไม่ยุ่ง ไม่เกี่ยวข้อง ซึ่งสรุปกระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2. กระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมงมุสลิม



* เยี่ยมใช้ เป็นธรรมเนียมปฏิบัติการเยี่ยมผู้ป่วยหนักของชาวไทยมุสลิมในทุกชุมชนที่ศึกษา การเยี่ยมเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยที่ผู้เยี่ยมรู้จักหรือนับถือ และมักจะมีของเยี่ยมใช้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเงิน 10 - 20 บาทหรือตามแต่ผู้เยี่ยมจะให้ผู้ป่วยไว้ใช้สอยตามต้องการ และหรือน้ำตาล ส่วนของเยี่ยมอื่น เช่น อาหาร ผลไม้ เป็นต้น

ครอบครัวชาวประมงมุสลิมใน 4 ชุมชนที่ศึกษา ส่วนใหญ่ไม่รู้จักและแยกไม่ได้ระหว่างโรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วี มักจะเรียกรวมกันว่า "ติดเอดส์" หรือ "เป็นเอดส์" เพราะไม่ได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เพียงแต่ได้ยินได้ฟังมา จึงขาดความตระหนักถึงความรุนแรงและโทษที่จะเกิดต่อคน ครอบครัวและชุมชน ในชุมชนครอบครัวชาวประมงทั้งสิ้น มีปัญหาผู้ติดยาเสพติดจำนวนมากเป็นประเด็นปัญหาสังคมและสุขภาพที่สำคัญ ชุมชนไม่ยอมรับและรังเกียจผู้เสพยาเสพติด ส่วนเรื่องโรคเอดส์เป็นเรื่องรอง เพราะชุมชนนำสองเรื่องนี้มาผูกเข้าด้วยกัน กล่าวคือชุมชนเชื่อว่าผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดแล้วจะต้องป่วยเป็นเอดส์ในที่สุด สิ่งที่ชุมชนต้องการมากกว่าในขณะนี้ คือการกำจัดหรือป้องกันการเกิดการติดยาเสพติด ดังนั้นการยอมรับหรือรังเกียจผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่ว่าบุคคลนั้นติดยาเสพติดหรือไม่ การดูแล เอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อกูล หรือการเย้ยหยันที่ปรากฏในสี่ชุมชนเป็นเรื่องของหน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัว เครือญาติ และความเป็นมุสลิมที่ดีพึงปฏิบัติ นี่คือวิถีปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะป่วยเป็นโรคใดของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

จากปรากฏการณ์นี้ พบว่าครอบครัว เครือญาติใกล้ชิดคือ บุคคลสำคัญที่สุด และความเป็นมุสลิมที่ดีที่ปฏิบัติตนเคร่งครัดตามคำสอนของหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมอันดีงามของชาวไทยมุสลิมในชุมชน เป็นกำลังใจ ดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ให้สามารถอยู่ร่วมในชุมชนของเขาได้ แต่การอยู่ร่วมกันจะเป็นไปด้วยความเข้าใจ ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ เอื้ออาทรต่อกันมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรยอมรับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานจากการมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ เรื่องโรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการยอมรับผู้ป่วย กล่าวคือ ขณะนี้ครอบครัว เครือญาติ และประชาชนทั่วไป ยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ เพราะความเป็นสมาชิกในครอบครัวและสังคมมุสลิมและเงื่อนไขพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมดีของผู้ป่วย ประชาชนทั่วไปมีกระบวนการยอมรับที่มีลักษณะของการพิจารณาโทษและลงโทษผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยการไม่ยอมรับ สำหรับครอบครัว เครือญาติมีการยอมรับเพราะความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็นหลัก นี่คือการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีเพียงส่วนน้อยที่ครอบครัว เครือญาติและประชาชนทั่วไปที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ยอมรับผู้ป่วยตามความเป็นจริงของการเป็นผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบนี้ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อผู้มีอำนาจ หน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนนโยบาย มาตรการ แนวทางการสื่อสาร การใช้สื่อ การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชนมุสลิม เนื่องจากชุมชนเหล่านี้ยังไม่ได้รับข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องและโดยตรง สื่อและวิธีการโฆษณาที่ใช้แล้วมีผลเกิดขึ้นสองแนวคือ

- (1) เอดส์เป็นโรคร้าย น่ากลัว เป็นภาพที่หลอกลอนประชาชนให้กลัว แต่ไม่รู้จะจัดการอย่างไร
- (2) ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (ไม่ใช่ภาพโฆษณา) ยังเข้าไม่ถึงประชาชนทั่วไปอย่างครอบคลุม ส่วนใหญ่จึงไม่รู้จัก (ได้ยินแต่ชื่อโรคเอดส์ บางคนยังไม่เคยได้ยิน) ไม่สนใจ ไม่ได้เตรียมตัว

ป้องกัน ดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อมีผู้ป่วยเอดส์เกิดขึ้นในชุมชน ประชาชนจึงไม่แน่ใจว่าควรแสดงความรู้สึกหรือปฏิบัติตนอย่างไรจึงจะเหมาะสม แต่แนวทางที่ปฏิบัติกันอยู่คือตามวิถีและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิม ดังนี้ควรเลือกกลยุทธ์ที่เหมาะสม

2. การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ต้องทำควบคู่กับเรื่องยาเสพติด

3. ทำวิจัยและพัฒนา

(1) การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและตรงตามความเป็นจริงของการเป็นโรคเอดส์และการติดเชื้อเอช ไอ วี

(2) พัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ครอบครัวชุมชนมุสลิม ให้สามารถป้องกันดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน

(3) สร้างการยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และการอยู่ร่วมกันในชุมชนมุสลิมได้อย่างสันติ

4. การดูแล รักษา ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

โดยสรุป ชุมชนชาวประมงมุสลิมมีการยอมรับและการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เป็นแบบอย่างของตนเองตามวัฒนธรรมมุสลิม ครอบครัว เครือญาติ คือ บุคคลสำคัญที่สุดที่จะดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ โดยมีชุมชนสนับสนุน หากครอบครัวชุมชนมีความเข้าใจ มีการยอมรับ พัฒนาศักยภาพ การดูแล ป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี และเอดส์ ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อก็จะสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขตามสภาพ องค์การภายนอกควรมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนพัฒนาศักยภาพการดูแล โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และพึ่งตนเองได้

สรุป (Conclusion)

ครอบครัวชาวประมงในชุมชน 4 จังหวัดที่ทำการศึกษาส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในชุมชนมุสลิมป่วยหรือติดเชื้อเอดส์จำนวนมากขึ้น และมีคนตายเนื่องจากป่วยเป็นเอดส์ สาเหตุของการเป็นเอดส์ในชาวไทยมุสลิม คือการฉีดยาเสพติดใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับคนที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือเอดส์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดสุดท้าย จะตายด้วยเอดส์ ครอบครัวชาวประมงให้ความหมายของโรคเอดส์ว่าเป็นโรคร้าย เป็นแล้วตายทุกคน ส่วนใหญ่คนกลุ่มนี้มีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแล การติดเชื้อ เอช ไอ วี และโรคเอดส์ไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุม และไม่ทราบความแตกต่างระหว่างผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ การรับข่าวสาร สื่อ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มีน้อย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีโอกาสได้รับความรู้มากนัก บางชุมชนไม่เคยจัดให้ความรู้เรื่องนี้แก่ประชาชนเลย ซึ่งประชาชนร้องขอผ่านทางผู้วิจัยให้รัฐหรือผู้เกี่ยวข้องได้เข้าไปจัดโครงการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในชุมชนบ้างหรือจัดบ่อยขึ้น โดยให้จัดควบคู่ไปกับความรู้เรื่องยาเสพติด

การยอมรับ ในกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ เช่นผู้นำชุมชน อสม. ประชาชนที่ได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ จะยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ตามลักษณะอาการของโรคที่เป็นประกอบการพิจารณาจาก

พฤติกรรมเสี่ยง ส่วนคนทั่วไปที่มีความรู้ไม่ถูกต้องไม่ครอบคลุม จะยอมรับผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ตามความเป็นบุคคลนั้นเองที่มีพฤติกรรมดี ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มากกว่าการเป็นผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ การแสดงออกถึงการยอมรับคือ การให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือ เยี่ยมไข้

เงื่อนไข เงื่อนไขของการยอมรับขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ หากในอดีตมีพฤติกรรมดีมาตลอดไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ดี ก็จะยอมรับ แต่ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยงเอง ส่วนใหญ่ จะไม่ได้รับการยอมรับ การแสดงออกของการไม่ยอมรับ คือการแสดงท่าทีรังเกียจ ไม่เกี่ยวข้อง ลูกหนีหรือบอกว่ารังเกียจ

ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์มีกระบวนการยอมรับการป่วยหรือการติดเชื้อของตน ดังนี้ ตรวจเลือด รับทราบผลการตรวจเลือดเป็นบวก ตกใจ ไม่แน่ใจ เสียใจ กลัว (ครอบครัวเสียใจ) ไม่กล้าบอกใคร ได้รับการให้คำปรึกษา (Counseling) ปฏิบัติตัว / ไม่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ย้อนคิดหาสาเหตุ พบพฤติกรรมเสี่ยงจากตนเองหรือคู่สมรส หากเป็นพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองจะเสียใจ ไม่อยากตาย (ยังหนุ่มสาว) ย้อนคิดและคิดว่าตนผิดเอง และมีความรู้เรื่องโรคเอดส์มากขึ้นจะยอมรับกับตนเองว่าป่วยหรือติดเชื้อ ในระยะนี้ ถ้าได้รับกำลังใจ หรือมีความหวังลูกจะตั้งใจดูแลปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ แสวงหาทางเลือกในการรักษา ตั้งใจทำงานส่วนกลุ่มที่ย้อนคิดแล้วพบว่าคู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง โดยที่ตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง คนกลุ่มนี้จะมีความรู้สึกแค้น โกรธ คู่สมรสที่น่าเชื่อมาแพร่และเสียใจ ในระยะนี้ถ้าได้รับกำลังใจและมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ จะยอมรับกับตนเองว่าป่วยหรือติดเชื้อแต่จะยังคงมีความรู้สึกแค้น โกรธคู่สมรสต่อไป จำเป็นที่ครอบครัว ญาติมิตร ต้องให้กำลังใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อดูแลปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ส่วนกระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมงมีดังนี้ ระบุว่าคนนี้ป่วยหรือติดเชื้อเอดส์ พิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงในอดีตของผู้ป่วย หรือผู้ติดเชื้อ ถ้าพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง ครอบครัวเครือญาติใกล้ชิดจะยอมรับโดยเฉพาะแม่ ซึ่งยอมรับอย่างปราศจากเงื่อนไข ส่วนเครือญาติที่ไม่ใกล้ชิดอาจจะไม่ยอมรับ ส่วนประชาชนทั่วไปมักไม่ยอมรับ ส่วนผู้ที่มีพฤติกรรมดี แต่คู่สมรสมีพฤติกรรมเสี่ยง ครอบครัว เครือญาติและประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับ และให้กำลังใจ ให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้การดูแลช่วยเหลือและเยี่ยมไข้ กรณีที่ไม่ได้รับการยอมรับ ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักประชาชนทั่วไปก็จะไปเยี่ยมไข้ด้วยเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของชาวไทยมุสลิมที่ดีใน 4 ชุมชนที่ศึกษา

เปรียบเทียบเงื่อนไข กระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ระหว่างชุมชนทั้ง 4 ซึ่งเป็นครอบครัวชาวประมงมุสลิมไทยทั้งหมด มีวัฒนธรรมความเชื่อ หลักศาสนาเดียวกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข 2540. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ปีที่ 28 ฉบับที่ 85 12 กันยายน 2540.
- กองโรคเอดส์. รวบรวมบรรยาย การสัมมนาระดับชาติ เรื่อง โรคเอดส์ ครั้งที่ 4. วันที่ 27 - 29 กรกฎาคม 2537. ณ โรงแรมดวงตะวัน จังหวัดเชียงใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- เกศินี จุฑาวิจิตร. 2533. การศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสาร และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอยู่ร่วมกันระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะไม่มีอาการกับครอบครัว. ข่าวสารโรคเอดส์. 2536. จากใจถึงใจ : หัวใจพอ 6(6), 5.
- ฉวีวรรณ ไวยเนตร และคณะ. 2538. ทักษะคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มอายุ 15-59 ปี จังหวัดแพร่ พ.ศ.2537. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 9 พิษณุโลก.
- ชาญณรงค์ เอื้อโกวิทธุ์ชัย และคณะ. 2534. การศึกษาระดับความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มชาวประมงบางพื้นที่ของจังหวัดสงขลา. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 จังหวัดสงขลา.
- ชาญณรงค์ เอื้อโกวิทธุ์ชัย และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. 2534. รายงานผลการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นกลุ่มชุมชนครอบครัวชาวประมงในโครงการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์จังหวัดสงขลา 2534. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 จังหวัดสงขลา.
- นครทิพย์ สิงหนเสนี และภริตา กว๋ยเกียรติกุล. 2535. การสำรวจความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มหญิงมีครรภ์ในจังหวัดอ่างทอง. สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อเขต 1.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. (2541) "การสนองตอบและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความซุกซุกของการติดเชื้อเอดส์สูง" วารสารประชากรศาสตร์. ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 (มีนาคม 2541) : 57 - 67.
- เน่งน้อย ยานวาริ. 2539. "ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้าความเครียด ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์" รายงานการประชุมวิชาการพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และเครือข่ายวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ.
- ปราโมทย์ ธีรพงศ์ และคณะ. 2532. "มหันตภัยเอดส์" วารสารพยาบาลศาสตร์ 7(3), 135.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. 2534. "เล่าสู่กันฟัง ฉะอ้อน เสือสู่ม วิบุรุษโรคเอดส์" ข่าวสารโรคเอดส์ 4(7), 7.
- ศูนย์กามโรค เขต 12 สงขลา และมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย. 2534. รูปแบบแนวทางในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์กลุ่มชาวประมงที่อาศัยอยู่ตามแหล่งท่าเรือริมทะเลสาบสงขลา อ.เมือง จ. สงขลา สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เขต 12 จังหวัดสงขลา

- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดภาคใต้. 2536. การศึกษาทัศนคติ ความรู้ พฤติกรรมของผู้ติดยาเสพติด ต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในจังหวัดสงขลาและจังหวัดใกล้เคียง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจินต์ เกตสา. 2538. การศึกษาช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์พฤติกรรมเสี่ยง ต่อการติดเชื้อโรคเอดส์และการยอมรับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ โรคเอดส์ของครอบครัวทั่วจังหวัด สิงห์บุรี ปี 2537 สำนักงานสาธารณสุข. จังหวัดสิงห์บุรี.
- สุนทรี ภาณุทัต และคณะ. 2539. การประเมินความรู้ ทัศนคติ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการ ปฏิบัติของพระภิกษุ สามเณรต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามคำแหงดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. 2540. สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดสงขลา.กันยายน 2540.
- สุวानी สุรเสียงสังข์ และคณะ. 2540. "ผลกระทบทางประชากรของการระบาดของ HIV/AIDS ใน ประเทศไทย" ในการประชุมประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2540 กรุงเทพมหานคร : สมาคมนัก ประชากรไทย.
- สุริพร ธนศิลป์. 2537. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา ; โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- Havanon N. Knodel J. and Bennett T. Sexual networking in a Provincial Thai Setting AIDS Prevention Monograph Series Paper No. 1 Bangkok June 1992.
- Sittitrai W, Phanuphak P, Barry J, and Brown T. : Thai Sexual Behavior and Risk of HIV Infection : A Report of the 1990 Survey of partner Relations and Risk of HIV Infection in Thailand. Research Report. Program on AIDS, Thai Red Cross Society Bangkok November 1992.