

บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์ อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ : กรณีโรคเอดส์ ตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้แนวทางการศึกษาในเชิงมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (ethno – medicine หรือ medical ethnography) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์เมื่อได้ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ ตั้งแต่การให้ความหมาย หรือการอธิบายถึงสาเหตุ ความเชื่อ การแสวงหาคำปรึกษา และพฤติกรรม การเฝ้าระวังรักษา การประเมินผลการรักษา รวมทั้ง การปรับตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรม ในตำบลบ้านคำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยเลือกศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เปิดเผยตัวและมารับบริการที่ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพรัตนานุรักษ์ จังหวัดลำปาง จำนวนทั้งหมด 14 ครอบครัว วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเจาะจง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากภาคสนาม ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (indepth-interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลใกล้ชิดในครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นกลุ่มหลักในการศึกษาร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชนจะเกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงบริบทของชุมชนในตำบลบ้านคำ อันเป็นเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรมที่ต้องการทำความเข้าใจเพื่อเชื่อมโยงกับผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ ข้อมูลสำคัญบางส่วนถูกเก็บจากทั้ง 3 แหล่งเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลซึ่งกันและกันแบบสามเส้า(triangulation) ด้วย ทั้งนี้มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายนถึง เดือนพฤศจิกายน 2542 แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

สรุปผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรและการรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์

1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มผู้ป่วย แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ 3 ราย ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการแล้ว 1 ราย ผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด 10 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้ 5 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 5 ราย อาการและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการศึกษานี้ได้แก่ โรคปอดอักเสบพีซีพี เชื้อราในเยื่อหุ้มสมอง ฝีในสมอง เชื้อราในกระแสเลือด ท้องเสียเรื้อรัง การอักเสบจากเชื้อซีเอ็มวีที่จอตา

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 4 ราย ชาย 6 ราย แยกกันอยู่กับสามี 1 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 2 ราย และชายโสด 1 ราย มีอายุระหว่าง 25-41 ปี ผู้ป่วยที่แข็งแรงดี มีอาชีพรับจ้างรายวันทั่วไป ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา

กลุ่มผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยกัน ได้แก่ สามี-ภรรยาที่เป็นโรคเอดส์มีทั้งหมด 3 คู่ ส่วนอีกประเภทหนึ่งคือ ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ แม่ น้องสาว พ่อ ลูกชาย สามี (กรณีสามีไม่ติดเชื้อ 1 คู่ และไม่ทราบว่าติดเชื้อหรือไม่อีก 2 คู่) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้แก่ แม่และภรรยา มีอายุระหว่าง 17-75 ปี ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 48-67 ปี ค่ามัธยฐานอายุ 43.5 ปี สำหรับระดับการศึกษาของผู้ดูแล ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาตอนต้น และผู้ที่เป็นพ่อแม่จะไม่ได้เรียนหนังสือ มีอาชีพทำนาทำไร่และรับจ้างรายวันทั่วไป

ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ที่อยู่ในบ้านหลังเดียวกัน กับอยู่บ้านคนละหลัง แต่อยู่ติดกันภายในรั้วเดียวกัน มีลักษณะเดียว 3 ครอบครัว แต่ก็ยังคงไปมาหาสู่กับครอบครัวเดิมอยู่

1.2 การรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์

ระยะเวลาที่ผู้ดูแลทราบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์นั้นไม่ต่ำกว่า 1 ปีถึง 5 ปี ซึ่งในแต่ละครอบครัว สมาชิกอาจรับรู้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

สาเหตุที่ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์มี 3 ลักษณะ ได้แก่ ในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ออกอาการ ทราบจาก 1) ความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของสามีแล้ว ผู้ป่วยบอกผลเลือดยืนยันอีกครั้งด้วยตนเอง ซึ่งในกรณีนี้จะมีพัฒนาการตามขั้นตอนดังนี้

สงสัย คาดเดา (ถูกคุกคาม) → ลังเลใจ → วิตกังวล (ถูกคุกคาม) → พิสูจน์ → ทราบความจริง

2) ทราบจากผู้ป่วยบอกเองในกรณีที่ผู้ป่วยรู้ผลเลือดมาก่อนแล้ว 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยออกอาการแล้ว ทราบจากอาการผู้ป่วย

ความรู้สึกหลังจากที่ทราบว่า ผู้ป่วยเป็น โรคเอดส์ช่วงแรกจะรู้สึกตกใจ เสียใจ เศร้า กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต กังวลภาระที่ตามมา แต่ในที่สุดทุกคนรอบตัวก็ให้การยอมรับ สงสาร เห็นใจ และดูแลช่วยเหลือ

ส่วนที่ 2 กระบวนการในการจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์

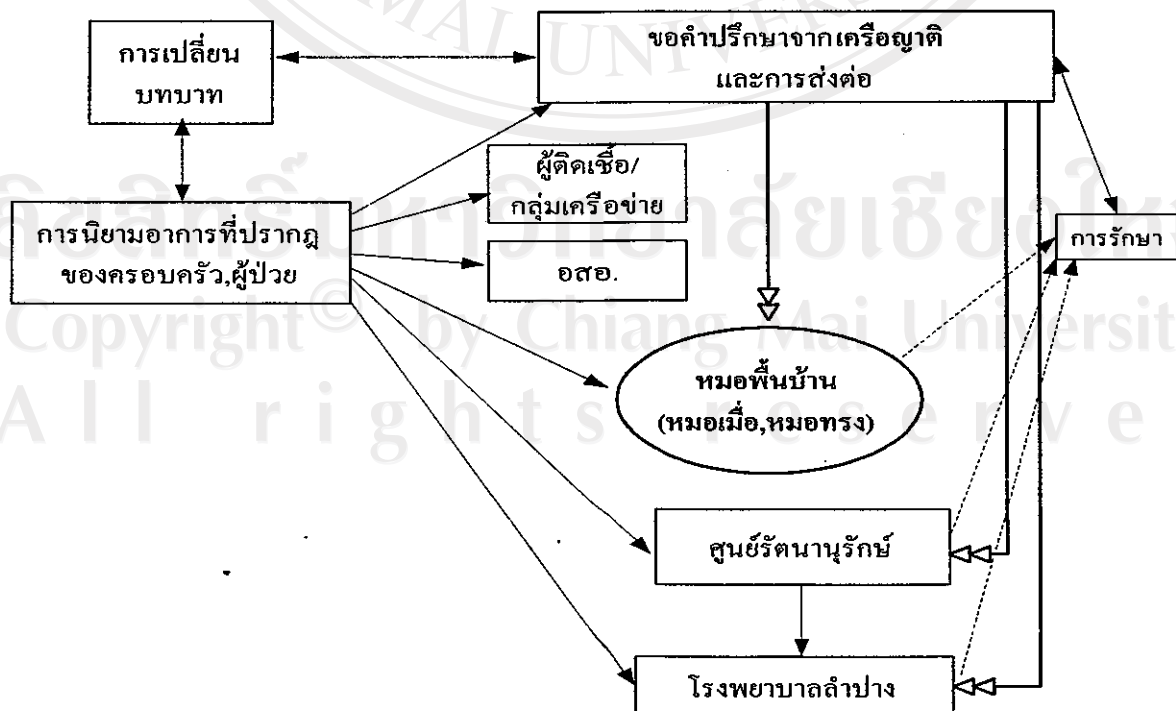
2.1 การให้ความหมายและการอธิบายเกี่ยวกับ “โรคเอดส์”

จากการที่ครอบครัว ได้อธิบายความหมายของโรคเอดส์ไว้ 3 ลักษณะคือ 1) โรคเอดส์คือโรคร้ายแรงที่เป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย และโรคเอดส์เป็นกับคนไม่ดี 2) อาการและการวินิจฉัยโรคเอดส์ โรคเอดส์แบ่งออกเป็นระยะที่ยังไม่ออกถึงออกอาการแล้ว ที่เรียกว่า “ยวบหรือทรุด ยวบแก่ ทรุดหนัก (ป่วยและป่วยหนัก) และการวินิจฉัยโรคเอดส์ด้วยอาการ “เพียงหุบ” 3) โรคเอดส์มีสาเหตุหลากหลายประการ เช่น เกิดจากแมงเอดส์ กรรม-เวร พยาธิ เกิดจากเชื้อโรค ทั้งเชิงวิทยาศาสตร์และการผสมผสานระหว่างวิทยาศาสตร์กับโลกทัศน์ของชาวบ้าน

2.2 การแสวงหาคำปรึกษาจากเครือข่ายต่างๆ

ผู้ดูแลมีการแสวงหาคำปรึกษาจากเครือข่ายต่างๆ โดยที่ในระยะที่ยังไม่มีอาการนั้น มีผู้ดูแลมีการแสวงหาคำปรึกษาใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรกคือ การที่ไม่พยายามไปขอคำปรึกษาจากใครเลย และมีการแสวงหาคำปรึกษาจากทุกแหล่งที่มีโอกาส สำหรับในระยะที่ออกอาการแล้ว ผู้ดูแลจะมีการแสวงหาคำปรึกษาใน 2 ลักษณะเช่นกัน คือ การแสวงหาคำปรึกษาจากมนุษย์ เช่น เครือญาติ องค์กรต่างๆ และอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยการสื่อสารผ่านหมอพื้นบ้านต่างๆ

แผนภูมิ กระบวนการแสวงหาคำปรึกษา ของครอบครัว เมื่อผู้ป่วยออกอาการ



2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพในภาวะที่ปกติยังไม่ออกอาการ (แข็งแรงดี) ครอบครัวจะต้องมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ โดยมีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไปพร้อมๆกัน โดยให้การดูแลได้ครบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

ด้านร่างกาย จะให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพในแนวทางในการปฏิบัติตัวป้องกันโรค ได้แก่ การงดเหล้า ของแสลงต่างๆ การกินอาหาร ยาให้ตรงเวลา

ด้านจิตใจ ได้แก่ การที่ครอบครัวให้การยอมรับ เห็นใจ ปลอดภัยเมื่อมีปัญหา และปฏิบัติตัวให้เป็นปกติที่สุด

ด้านสังคม ได้แก่ การให้คำแนะนำเรื่องการตัดสินใจในการมีชีวิตคู่ใหม่ การคุ้มครองสิทธิให้กับผู้ป่วยและผู้ได้รับผลกระทบ

ด้านเศรษฐกิจนั้น เนื่องจากผู้ป่วยยังแข็งแรง จึงสามารถทำงานหาเลี้ยงตัวเองได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยออกอาการแล้ว การรักษาเยียวความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ความเจ็บป่วยที่ครอบครัวมีประสบการณ์การรักษาเยียวมาก่อนและความเจ็บป่วยที่ครอบครัวยังไม่เคยมีประสบการณ์

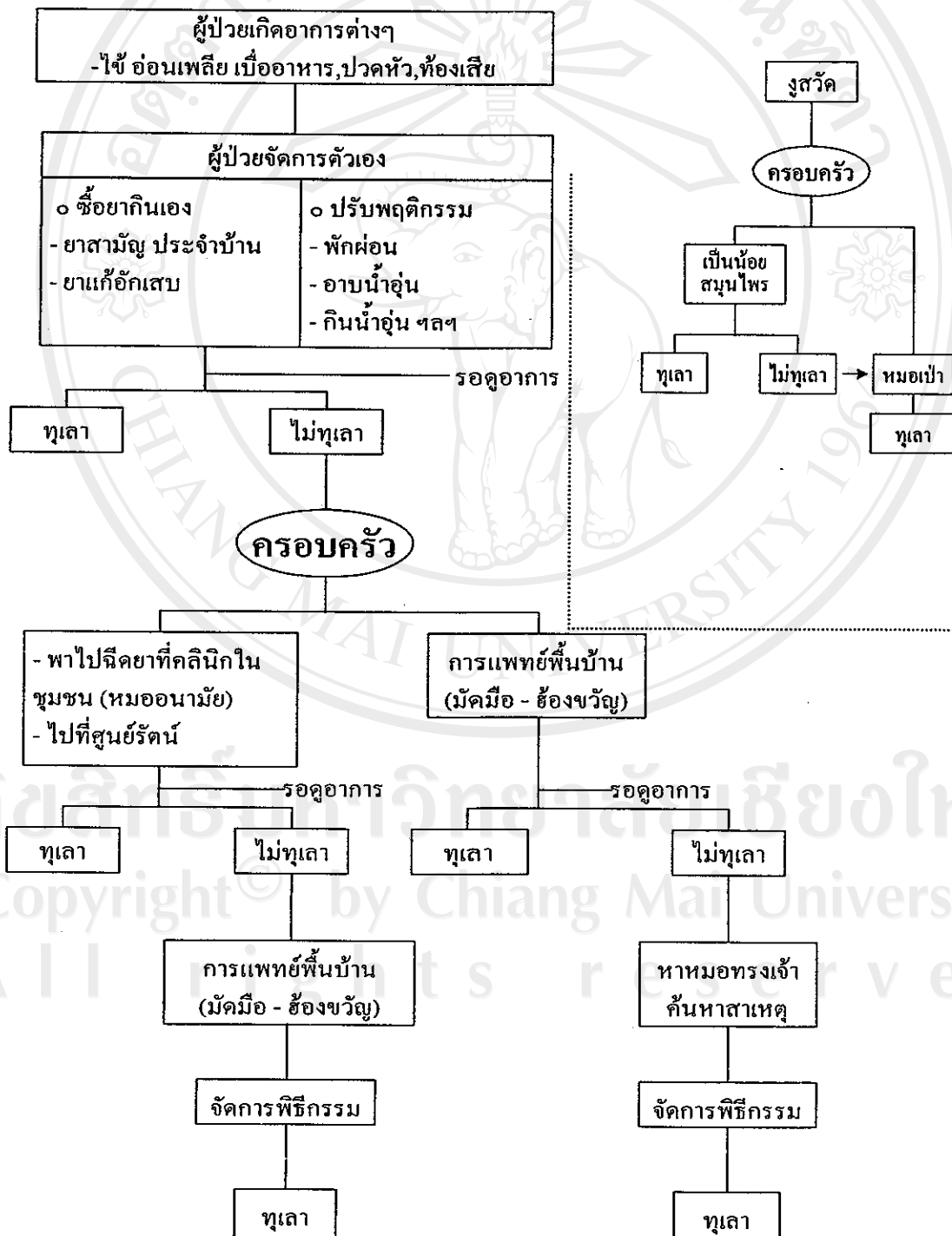
ความเจ็บป่วยที่ครอบครัวมีประสบการณ์มาก่อนนั้นมี 2 ประเภทคือ ความเจ็บป่วยที่ทำให้ตนเองและครอบครัวตระหนักว่าเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วยหรือความเจ็บไข้ที่ให้ผู้ป่วยอ่อนเปลี้ย ไม่แข็งแรง ไม่สามารถลุกขึ้นทำภารกิจประจำวันได้ มีอาการไข้ เบื่ออาหาร ไม่มีแรง ซึม อาการนี้เรียกว่า อาการ “ขวัญหาย” ซึ่งอาจจะเป็นร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เหนื่อย ไอ ปวดศีรษะ รุนแรงหรือท้องเสียเรื้อรัง ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเริ่มการรักษาเยียวด้วย วิธีการดูแลสุขภาพแบบวิชาชีพโดยการใช้ยา (การดูแลตนเอง) โดยการซื้อยามากินเองก่อน เช่น การซื้อยาแก้ปวด แก้ท้องเสียหรือฉีดยาให้น้ำเกลือ ถ้าไม่มีเงินจะแสวงหาการรักษาจากอำนาจเหนือธรรมชาติเป็นการใช้พิธีกรรมต่างๆ เข้ามาเยียวผู้ป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำไปเพื่อทดแทนบริการแบบวิชาชีพ แบบไม่ใช้ยา ถ้าหากไม่ได้ผลอีกจะแสวงหาการรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การไปรับบริการรักษาจากโรงพยาบาล กินยาตามแพทย์สั่ง และในที่สุดอาการยังไม่ดีขึ้นตามที่ผู้ดูแลครอบครัวคาดหวัง ครอบครัวจะใช้การผสมผสาน รักษาเยียวจากในระบบการดูแลสุขภาพแบบชาวบ้านและการดูแลสมัยใหม่เข้าด้วยกันก็ได้

ในกรณีที่เป็นความเจ็บป่วยแบบไม่รุนแรง เช่น ภูสวัต (มะเข็งไข้ปลา) แผล ฟี่ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ครอบครัวส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรักษาเยียวในระบบการดูแลสุขภาพแบบ

ชาวบ้าน โดยการดูแลตนเองในรูปแบบต่างๆ ก่อน หรืออาจผสมผสานกันระหว่างการแพทย์สมัยใหม่และการดูแลแบบตนเอง

ความเจ็บป่วยที่ครอบครัวยังไม่เคยมีประสบการณ์เช่นกรณีนี้เป็นผู้ชาย คุ่มเอคส์อาการในลักษณะนี้ ถ้าหากเกิดขึ้นใหม่ๆ บางครอบครัวจะไม่ทำอะไรเลย ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์สมัยใหม่มาก่อน ก็จะใช้การรักษานั้นต่อไป ซึ่งสามารถสรุปเป็นแผนภูมิแบบแผนพฤติกรรมกรการรักษาเยียวยาเมื่อมีความเจ็บป่วยได้ดังนี้

แผนภูมิ แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการรักษาเยียวยาอาการต่างๆ



ตาราง แสดงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการรักษาเยียวยาอาการต่างๆ

โรค/อาการ	สาเหตุ	การรักษา	ระยะเวลาดูแล	ถ้าไม่หายการรักษาขั้นต่อไป (☆ ผู้ป่วย ❖ ครอบครัว)	จำนวนผู้ที่ เคยเป็น
ปวดศีรษะ	- โคนแฉก อากาศร้อน - เครียด	☆ จัดยาแก้ปวด พารา	- หลังทานยา 4-5 ชม.	☆ จัดยาใหม่ ที่แรงกว่า (พารา/แอสไพริน) ☆ ไปรับบริการศูนย์ระดับ๓	14 ราย
	- โคนผี, ผิดที่ผิดทาง	-	- เป็นไม่หาย - ดูแลการทุกวินาที	❖ ครอบครัว ห้ามออกกำลังกาย (หาสาเหตุ ❖ รักษาโดยพิธีกรรม)	1 ราย
ไข้, เบื่ออาหาร, อ่อนเพลีย (เมื่อ อ่อน กินข้าวบ๊าก)	- ตากแดด อากาศร้อน - โคนฝน น้ำค้าง - ทำงานหนัก	☆ จัดยาแก้ปวด พารา ☆ กินยาสมุนไพร ❖ ครอบครัวฝนยาแห้ง สมุนไพร ให้กิน	2 - 3 วัน	❖ ☆ ไปติดตามเด็ก หมออนามัย ❖ ☆ ไปศูนย์ระดับ๓	14 ราย
	- ขวัญหาย		1 วัน	❖ ครอบครัว ทำพิธีกรรม "มีดมีอ - อ้องขวัญ" ❖ ครอบครัว ห้ามออกกำลังกาย (หาสาเหตุ ❖ รักษาโดยพิธีกรรม)	14 ราย
ท้องเสีย ปวดท้อง	- โคนผี ผิดที่ผิดทาง (ตายทำตาย โหง)		1 วัน		6 ราย
	- อาหารแสลง - อาหารเป็นพิษ - อาหาร	☆ กินเกลือแร่ ☆ กินยาสมุนไพรพื้นบ้าน	1 วัน	❖ ครอบครัวฝนยาสมุนไพรแห้ง ❖ ครอบครัวต้มยาสมุนไพร ☆ จัดยา โดโมติล มานิน	14 ราย
งูสวัด (มะเร็ง ไข่ปลา)	- พิษ, เชื้อมะเร็ง	☆ ถ้าเป็นน้อย ใช้สมุนไพร	2 - 3 วัน	❖ ครอบครัวหาหมอเป่าและกินน้ำมันดี	9 ราย
		❖ ถ้าเป็นมาก ห้ามเอเป่าเลย และกินน้ำมันดี			

นอกจากนั้นครอบครัวยังให้การดูแลต่างๆ ไปกับผู้ป่วยในครอบครัว โดยมี การดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจตามอาการของผู้ป่วย ครอบครัวดูแลผู้ป่วยที่ออกอาการใน ลักษณะป่วย แต่ยังคงช่วยเหลือได้อยู่ 5 ราย กรณีนี้ผู้ป่วยต้องหยุดจากการทำงานตามอาชีพที่ทำอยู่ ประจำแล้ว การดูแลจากครอบครัวก็จะช่วยเหลือ ทางด้านเศรษฐกิจบ้างตามสมควร สำหรับในกรณี ที่ป่วยหนักที่จำเป็นต้องมี ผู้ดูแลใกล้ชิดมี 5 ราย ซึ่งครอบครัวได้มีบทบาทในการดูแลครอบคลุม สภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยในทุกด้านเป็นภาระที่สมาชิกครอบครัวต้องเข้ามา ร่วมกัน โดยที่ในระยะที่ผู้ป่วยหนักนี้ครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้นอย่างชัดเจนและมี 1 ครอบครัวที่ได้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวและเครือญาติให้การดูแลทางด้านจิตใจเป็น อย่างดี โดยมาให้กำลังใจให้การดูแลบรรเทาอาการปวด และจัดทำพิธีกรรมให้กับผู้ป่วยก่อนนำส่ง โรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาในวาระสุดท้าย

ในการให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ออกอาการนี้มีผู้ดูแลบางครอบครัวที่ไม่เหมาะสม ในเชิงการแพทย์ เช่น การซักผ้าต้องใส่ถุงมือ รองเท้าบูท ผูกผ้าปิดปาก เป็นต้น

2.5 การประเมินผล รักษาเยียวยา

ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ครอบครัวจะประเมินตามความเจ็บป่วยนั้นว่า ดีขึ้นหรือหาย โดยดูจากพฤติกรรมอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น กรณีที่มีอาการไข้ ไม่มีแรง อ่อนเพลีย กินข้าวไม่ได้ (เชื่อว่า “ขวัญหาย”) ครอบครัวประเมินว่าหายจากการสังเกตว่าผู้ป่วย กินข้าวได้ดีขึ้น หน้าตาแจ่มใส ไม่มีไข้ ลุกขึ้นทำงานได้ ส่วนการประเมินว่าหายจากโรคเอดส์ ครอบครัวจะดูจากลักษณะอาการคือ สามารถกินข้าวได้ดี อ้วนขึ้น ขาวขึ้นและแข็งแรงดี หรือการดู จากผลการตรวจเลือดว่าเป็นผลลบร่วมกับดูลักษณะอาการ

2.6 การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย

ในช่วงแรกที่ทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ ครอบครัวจะมีการปรับตัวทางด้าน อารมณ์ จิตใจมาก เช่น กลัวการสูญเสีย กังวล อับอายต่างๆ โดยที่ผู้ดูแลจะใช้วิธีการปรับตัวด้าน อารมณ์ทั้งวิธีการปรับที่จิตใจตนเอง และการมุ่งแก้ที่ต้นเหตุปัญหา

ในผู้ป่วยที่ยังไม่ออกอาการ ครอบครัวมีการปรับตัวไม่มาก สำหรับในช่วงที่ผู้ป่วย มีอาการแล้ว โดยเฉพาะช่วงที่มีอาการแล้วหรือช่วงที่ป่วย อาการป่วยหนัก ผู้ดูแลหรือ ครอบครัวต้องปรับตัวอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยหนักในครอบครัว ซึ่งเป็นการปรับตัวทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม/เศรษฐกิจอย่างชัดเจน โดยครอบครัวมีการจัดบทบาทหน้าที่ให้กับสมาชิก แต่ละคนตามความเหมาะสม

วิเคราะห์ และอภิปรายผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและการรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์

ผลจากการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและครอบครัวมีผลต่อบทบาทและกระบวนการในการจัดการดูแลสุขภาพของครอบครัว

ประเภทของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ระหว่างผู้ดูแลที่เป็นผู้ติดเชื้อด้วยกัน และผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ ความเชื่อหรือการอธิบายความหมายของโรคเอดส์ การแสวงหาคำปรึกษา การรักษาเยียวยา เนื่องจากการที่เป็นผู้ติดเชื้อด้วยกันจะมีความเข้าใจซึ่งกันและกันดี และมีโอกาสในการแสวงหาข้อมูลในแหล่งข้อมูลที่อยู่ในระบบบริการทางการแพทย์สมัยมากกว่าได้มากกว่า จึงทำให้รับรู้เรื่องโรคเอดส์ไปในเชิงที่เป็นวิทยาศาสตร์มากกว่า จึงส่งผลให้บทบาทการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันด้วย (ดังรายละเอียดจะกล่าวต่อไปในพฤติกรรมการรักษาเยียวยาผู้ป่วย) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ครุณี รุจกรกานต์ กล่าวไว้ว่า การที่ผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในครอบครัว 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเองที่มีติดเชื้อทั้งหมดหรือถูกไม่ติดเชื้อ กับการที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิมที่ผู้ป่วยเป็นผู้ติดเชื้อคนเดียว ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้ติดเชื้อทั้ง 2 นี้ ทำให้การดูแลที่บ้านและชุมชนมีความแตกต่างกัน ผู้ติดเชื้อจะเกิดความรู้สึกต่อบรรยากาศของครอบครัวที่แตกต่างกัน

เพศ จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีฐานะเป็นแม่ ภรรยาและ น้องสาว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของปาริชาติ จันทร์จรัส (2537, หน้า /20) ที่ศึกษาถึงครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สมาชิกของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง จะมีสถานะภาพเป็นภรรยา ในกรณีที่ผู้ป่วยแต่งงานแล้ว และกรณีโสด จะเป็นมารดาหรือพี่สาว และถาปนี จารุวัฒน์ (2540, หน้า 41) ที่ศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี ที่พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยเป็นมารดาและภรรยา

การที่กลุ่มผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงนั้น เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง การมีผู้ดูแลเป็นเพศหญิงการมีผู้ดูแลเป็นเพศเดียวกัน ความคุ้นเคยในการเป็นเพศเดียวกันจะทำให้การดูแลทั่วไปทางด้านร่างกาย จิตใจ มีความคล่องตัวขึ้น โดยจะลดอุปสรรคด้านความอาย หรือไม่กล้า เงินออกไป และทำให้ มีความเข้าใจซึ่งกันและกันได้มากกว่า ดังในการศึกษาครั้งนี้ เช่นกรณี ของก๊วย ซึ่งมีแม่ และน้องสาวเป็นผู้ดูแล สามารถให้การดูแลทำความสะอาดร่างกาย หรือการทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระได้เองโดยไม่มีข้อจำกัด ซึ่งแตกต่างกับ

กรณีของ คำ ที่มีพ่อเป็นผู้ดูแลซึ่งจะไม่ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระให้ลูกสาว ต้องรอน้องสาวผู้
ป่วยมาจัดการให้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านวัฒนธรรมในสังคมล้านนาในความแตกต่างของ
สถานะทางสังคม ของผู้หญิง -ชาย โดยถือว่าผู้ชายจะมีครุ ไม่ควรทำกิจกรรม /งานที่ถือว่าเป็นของ
ต่ำเหล่านี้ จะเห็นได้ว่าโดยสภาพทั่วไป ความเป็นเพศหญิงในสังคมล้านนา เมื่อป่วยดูเหมือนจะมี
ข้อจำกัดอยู่ไม่น้อยในการหาผู้ดูแลที่สามารถให้การดูแลได้เหมาะสมและไม่ขัดต่อสังคม วัฒนธรรม
ในชุมชน โดยเฉพาะหากอยู่ในสภาพที่โครงสร้างของครอบครัวที่เป็นครอบครัวเดี่ยวด้วยแล้วทาง
เลือกน่าจะมีน้อยลง ซึ่งกรณีผู้ดูแลเป็นผู้ชายที่ดูแลผู้หญิงนอกจากมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้
ป่วยทั่วไปแล้ว ยังจะมีผลต่อกระบวนการจัดการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการปรับตัวของผู้ดูแลของผู้ดูแล
ที่เป็นผู้ชายอีกด้วย ผู้ชายในฐานะผู้ดูแล ซึ่งถือว่าไม่ใช่งานที่สังคมคาดหวังย่อมต้องมีการปรับตัว
ทางด้านร่างกายที่ต้องมาทำงานที่ไม่เคยทำมาก่อน และยังได้มาดูแลให้การช่วยเหลือดูแลเพศตรง
ข้ามกับตน และอยู่ในสถานะเป็นลูกอีก จะยังต้องปรับตัวมากขึ้น โดยเป็นการปรับตัวทางด้านจิตใจ
อารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ในผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงด้วยกัน ถ้าเป็น แม่ดูแลลูกก็ยังมี ข้อห้าม ข้อ
จำกัดต่อการดูแลอีกว่า ถ้าเป็นแม่ดูแลทำความสะอาดให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นลูก แม้ว่าผู้ดูแลจะทำได้ด้วย
ความรักและด้วยความที่เป็นเพศเดียวกัน แต่จะมีผลต่อสภาวะอารมณ์ จิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วย
คือ ผู้ป่วยหญิงเหล่านี้ จะรู้สึกผิด รู้สึกว่าเป็นบาปทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจที่ตนทำให้พ่อแม่ลำบาก

“ป้อ แม่เป็น เลี้ยงดูเฮามาแล้ว ยังมายะหื้อป้อแม่ตุ้กเหมม บ่าไค้หื้อป้อ แม่ยะหื้อ บาบปะจะขบหัวเอา”

ซึ่งความคิดเหล่านี้เป็นผลมาจากกระบวนการขจัดเกลาทางสังคมที่ในสังคมล้านนา เช่นในตำบลบ้าน
คำ ที่ได้อบรมสั่งสอนลูกหลานตลอดมาในเรื่องการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ คือการทำให้พ่อแม่มี
ความสุข การทำบาป คือการทำให้พ่อ แม่ ต้องทุกข์ สำหรับผู้ดูแลเพศหญิงที่เป็นน้องสาว และ
ภรรยา ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลร่วมกับแม่ ซึ่งถือว่าน้องสาว หรือภรรยา ซึ่งเป็นลูกสาวของ
ครอบครัว มีเป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลแม่ ดังนั้นถ้าแม่ต้องดูแลผู้ป่วย น้องสาวก็ต้องให้ความร่วมมือช่วย
เหลือเช่นกัน ส่วนกรณีของภรรยาถือว่าเป็นคนเดียวกันกับสามี เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลกับสามี
อยู่แล้วตามวัฒนธรรมไทย

แต่อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงของครอบครัวในการจัดกระบวนการดูแล
ครอบครัวจะมีการพิจารณาถึงข้อจำกัดของผู้ดูแลเหล่านี้มากอยู่แล้ว จึงอาจจะพบน้อยหรือไม่ค่อย
พบ ที่ผู้ดูแลเป็นผู้ชาย กรณีเป็น พ่อ หรือลูกชายจะมาดูแลลูกผู้หญิงดังที่พบในกรณีของครอบครัว
คำ หรือหลิน โดยทั่วไประหว่าง พ่อ กับแม่ ลูกสาว ลูกชาย จากผลการศึกษา ส่วนใหญ่ที่ปรากฏ
จะเป็นแม่มากกว่า และจะมีความพยายามในการจัดการเพื่อมิให้เกิดปัญหา หรือความลำบากใจแล้ว

ก็ตาม แต่เมื่อถึงภาวะจำเป็นมากจริงๆ นั้น ผู้ดูแลไม่ว่าเพศ อายุใดก็จำเป็นต้องให้การดูแล หรือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ทุกอย่าง โดยเฉพาะความที่เป็น พ่อ แม่ย่อมมีความรักลูกโดยปราศจากเงื่อนไข ต้องดูแลลูกไม่ว่าเพศใดด้วยความรัก ความผูกพันของความเป็น พ่อ แม่ เช่นกรณีครอบครัวคำ ที่เมื่อถึงภาวะจำเป็นจริงๆ พ่อก็จำเป็นองเช็ดตัว เปลี่ยนแพมเพอร์สให้ลูกสาวได้บ้าง ในบางครั้ง ดังนั้นจากการศึกษาจึงพบว่าเพศของผู้ดูแลที่ต่างกันจะเป็นอุปสรรคในการดูแลสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเป็นผู้หญิง ผู้ดูแลเป็นผู้ชาย

โครงสร้างของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งมาจาก 2 กรณี คือ การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงคู่และติดเชื้อมาจากสามี เมื่อสามีเสียชีวิตแล้ว ทำให้ผู้ป่วยหญิงเหล่านี้ต้องย้ายกลับมาอยู่กับครอบครัวขยายเดิม หรือผู้ป่วยอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายเดิมอยู่แล้ว การศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของสุธีรา อุ่นตระกูล (2538, หน้า 129) ที่ศึกษาเรื่องการปรับตัวของ ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ที่ได้กล่าวถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่างว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้นส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งความแตกต่างระหว่างการศึกษาทั้งสองนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากการคัดเลือกพื้นที่ที่ศึกษาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษานี้ได้เลือกพื้นที่ศึกษาในตำบลบ้านคำ ที่ยังคงมีลักษณะของความเป็นชุมชนชนบทของไทยอยู่อย่างชัดเจน แต่กรณีการศึกษาของสุธีรานัน ได้เลือกพื้นที่ในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งเป็นชุมชนเมือง จึงทำให้ผลการศึกษาดังกล่าว

ทั้งนี้การที่ชุมชนในสังคมล้านนายังคงสภาพของการมีโครงสร้างของครอบครัวในลักษณะครอบครัวขยายนั่นส่วนหนึ่งมาจากการขัดเกลาทางสังคมที่สอนเน้นเรื่องการตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ผสมผสานกับความเชื่อเรื่องการนับถือผีในระบบเครือญาติซึ่งทำให้เกิดวัฒนธรรม “ลูกหลานหอมเฮือน” ลูกสาวคนเล็กแม่แต่งงานแล้ว ก็ไม่สามารถแยกครอบครัวออกไปจากบ้านเดิมได้ ต้องอยู่ในครอบครัวเดิม เพื่อสืบผีปู่ย่าในสกุลของคนต่อไป โดยได้มรดกเป็นบ้านและที่ดินในครอบครัวพร้อมกับต้องรับภาระเลี้ยงดูพ่อแม่ด้วย ดังนั้น トラบใจที่ชุมชนในสังคมล้านนายังคงมีการนับถือผีในระบบเครือญาติ ความเป็นครอบครัวขยายจะยังคงอยู่คู่กันไป

แต่ผลของการมีครอบครัวขยายจะช่วยสนับสนุนครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดย ผู้ป่วยในครอบครัว มักจะเป็นคนรุ่นที่ 2 หรือ 3 ของครอบครัว ยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นคนรุ่นที่ 3 อันแสดงว่าผู้ป่วยจะมีปู่ย่า ตายาย อยู่ด้วย เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว จะมีเครือข่ายทางสังคม หรือมีญาติสนิทให้ปรึกษา หรือเป็นผู้ชี้แนะ ช่วยในการตัดสินใจ ซึ่งจะเป็นการชี้แนะที่ทรงอิทธิพลต่อการตัดสินใจของครอบครัวด้วย ซึ่งจะพบว่าทางเลือกแสวงหาการเยียวยารักษา ในคนกลุ่มนี้ ก็จะเป็นไปตามความเชื่อที่สะสมและมีมาแต่ดั้งเดิม ซึ่งมักจะเป็นความ

เชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ ซึ่งถือว่าทำให้เกิดความหลากหลาย หรือ มีทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ในการปฏิบัติพิธีกรรมต่างๆเหล่านี้ ก็ยังผลด้านจิตใจ ที่ส่งผลสัมพันธ์ต่อความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายไปบรรเทา ทุเลาลงไปได้ด้วยดี

ระยะเวลาในการที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ นั้นผู้ดูแล หรือ สมาชิกแต่ละคน หรือครอบครัว แต่ละครอบครัวจะรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน แต่จะอยู่ในช่วงไม่ต่ำกว่า 1 ปี ถึง 5 ปี ซึ่งได้สนับสนุนผลการศึกษถึงความต้องการ การสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีของในเขตกรุงเทพมหานครได้ระบุไว้ว่าระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ติดเชื้อส่วนมากอยู่ในช่วง 1-5 เดือน และ 1 ปีขึ้นไปมากที่สุด (พวงเพ็ญ ชูณหปราชณ, สุรีพร ธนศิลป์ และสังจาทาโต 2541, หน้า 41) โดยที่ระยะเวลาในการรับรู้ยังนานมากขึ้น ก็ยิ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลให้สามารถยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น เช่น กรณีผู้ป่วยไม่มีอาการ ที่ผู้ดูแลเล่าว่า การรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ระยะแรกก็คิดมาก กลัวผู้ป่วยเสียชีวิต แต่พอนานไปถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการก็จะลืมน ทำให้อาจปรับตัวได้ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ดูแลในกรณีผู้ป่วยที่ยังไม่ออกอาการ แต่สำหรับผลการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งบำเพ็ญจิต แสงชาติ ได้ศึกษาถึงวัฒนธรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าความแตกต่างของระยะเวลาที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ โดยที่หากผู้ป่วยที่รู้ตัวมานานี้ความเคร่งครัดในการเอาใจต่อสุขภาพน้อยลง (2541 หน้า 208)

ระยะเวลาที่แตกต่างกันในการที่ครอบครัวรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น สำหรับในกรณีที่ออกอาการแล้ว การรับรู้เกิดขึ้นตามระยะเวลาของการที่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วย จึงไม่น่ามีผลต่อการดูแลรักษาในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับระยะของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

สาเหตุ และความรู้สึกหลังทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ ผลของการศึกษาพบว่า แม้ว่าครอบครัวจะทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์จากสาเหตุใด ก็ตาม ทั้ง 3 สาเหตุ พฤติกรรมการรักษา เยี่ยวยาหรือกรดแลไม่แตกต่างกัน หลังจากทีทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์แล้ว ช่วงแรกจะรู้สึก ตกใจ เสียใจ และต่อมาจะเกิดความรู้สึกกลัวผู้ป่วยเสียชีวิต และกังวลเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตต่อไป แต่สุดท้ายสมาชิกครอบครัวทุกครอบครัวก็ให้การยอมรับ สงสาร เห็นใจ และช่วยเหลือ จากความร้ายแรงของโรคเอดส์ตามการรับรู้ของ ครอบครัวว่าเรื่องโรคเอดส์เป็นแล้วต้องต้องตายรักษาไม่หาย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยเป็นแรงงานหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งหาก ไม่ว่าจะการเศรษฐกิจในครอบครัว ภาระในการเลี้ยงดูลูกของผู้ป่วยจะต้องตกอยู่ที่ตนจึงทำให้เกิดความกังวลผู้ป่วยเสียชีวิตลงภาระต่างๆ จึงทำให้เกิดความสงสาร และเห็นใจในชะตากรรมที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่

อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งจะมีความรู้สึกผูกพันอย่างเหนียวแน่นต่อกันของสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน “ถ้าถูกญาติ ญาติจะทำยังไงได้ จะเอาเงินที่ไหนมาเลี้ยงหลาน”

“กลัวมันตายละเฮา” “เอ็นดูมันจะใดก่อลูกเฮา”

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเนาวรัตน์ พลาไยน้อย และคณะ (หน้า 41 , 2541) ที่ศึกษาถึงการตอบสนองและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่ความชุกของการติดเชื้อเอดส์สูง ปฏิกริยาของครอบครัว ต่อผู้ป่วย ระยะแรก ตกใจ เสียใจ กังวล สุดท้ายก็สงสาร เห็นใจ ยอมรับ ช่วยเหลือ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัว

♦ การให้ความหมายและการอธิบายเกี่ยวกับ “โรคเอดส์”

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีการอธิบายโรคเอดส์ที่แตกต่างกันระหว่างผู้ดูแลที่เป็นโรคเอดส์ด้วยกันกับผู้ดูแลที่เป็นญาติที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยที่ผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้ป่วยโรคเอดส์ จะมีคำอธิบายที่ชัดเจนถึงสาเหตุของการเกิดโรค และอาการที่เป็นมุมมองเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่า เช่น อธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคจากเชื้อโรคที่ติดต่อกันได้ 3 ทาง “โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสติดต่อกันได้ 3 ทาง และอาการของโรคเอดส์มี 2 ระยะคือ ระยะที่ยังไม่ออกอาการ และระยะที่ออกอาการแล้ว” ส่วนผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์ (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) จะให้คำอธิบายถึงสาเหตุของโรคเอดส์ที่ไม่ชัดเจนจะเป็นไปในลักษณะของความเชื่อดั้งเดิมที่เคยมีมาผสมผสานกับความรู้ใหม่ เช่น “เกิดจากการร่วมเพศ” “มันเป็นพยาธิ ถ้ามันทรุดมันก็ทรุด...” “เกิดจากแมงเอดส์ ยะหือเลือดบ้าง” “มันเป็นกรรมของเขา” “คนที่ เป็นโรคเอดส์จะมีอาการเดียวหลวม...ชาวบ้านเป็นว่า “เพียงหุบ” ซึ่งเป็นการนำเอาธรรมชาติรอบๆ ตัวเข้ามาอธิบายเปรียบเทียบลักษณะที่เป็นโรคเอดส์ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันคือ ยังมีทัศนคติเชิงลบที่มีต่อโรคเอดส์เกี่ยวกับโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรง เป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ และสังคมมองว่าเกิดจากคนไม่ดีนั้น

“โรคเอดส์มันยาฆ่าหาย” “คนบาดีคนต่ำสอนทำอันที่เป็นโรคเอดส์” “บางคนเขาบ่ายอหม้อบหนา เขายังรังเกียจอยู่...” “เป็นโรคหยั่งว่า.....”

การที่ครอบครัวยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น เกิดขึ้นเนื่องจากผลกระทบของการรณรงค์ที่ผ่านมาซึ่งนำเสนอแบบการ “บูให้กลัว” ว่า “เอดส์เป็นแล้วตาย รักษาไม่หาย” และการรณรงค์ว่า เอดส์จะเป็นเฉพาะกับคนต่ำสอน ดิฉยา การทำให้เห็นภาพของ ความร้ายแรงอันตราย และการตีตราทางสังคมกับคนที่เป็นโรคเอดส์ นอกจากนั้นยังเป็นผลจากการดำเนินงานในชุมชนตำบลบ้านคำเองที่มีการทำงานด้านเอดส์ ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงปี 2538 เอง ทำให้

โหมกระพือแนวคิดความเชื่อในเชิงลบ ไม่ว่าจะเป็นการประทับตราบาป หรือทัศนคติที่เป็นการสร้างภาพลักษณ์ต่อโรคเอดส์ว่า เป็นโรคที่รักษาไม่หายให้เกิดการผลัดซ้ำเพิ่มขึ้นด้วย โดยพิจารณาจากประวัติการทำงานเอดส์ในชุมชนของอาสาสมัครด้านภัยเอดส์ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ได้มีการรณรงค์ให้ชุมชนตระหนักถึงความรุนแรงและการป้องกันโรคเอดส์ โดยมีการดำเนินงานในกิจกรรมที่เรียกว่า PRA และในการจัดกิจกรรมนั้นมีการพูดถึงคนที่เป็กลุ่มเสี่ยง เท่ากับเป็นการย้ำว่าคนกลุ่มนี้ ถูกประทับตราไปแล้วครั้งหนึ่ง และในกิจกรรมการประชาสัมพันธ์ในชุมชนในยุคเริ่มแรกปี 2538-2539 กิจกรรมการทำป้ายประชาสัมพันธ์เป็นที่นิยมกันมาก ซึ่งมีข้อความที่บ่งบอกว่า คนที่ติดเอดส์ได้ถูกจำกัดวงไว้เฉพาะคนที่มัพฏิกรรมส่วนตัวไม่ดีเท่านั้น ดังมีป้ายปรากฏ “มั่วเซ็ม มั่วเพศ ติดเอดส์ทุกราย” “สำล่อนทางเพศ ติดเอดส์ทุกราย” ดังนั้นคนในชุมชนทุกครัวเรือนจึงยังมีการตีความโรคเอดส์เป็นโรคที่ร้ายแรงและน่ากลัวน่ารังเกียจอยู่

ในประเด็นการให้ความหมายต่อคนเป็นโรคเอดส์นี้ แม้ว่าทัศนคติต่อโรคเอดส์ของคนในครอบครัวจะออกมาในเชิงลบกับบุคคลที่เป็นโรคเอดส์ แต่กับบุคคลในครอบครัวตนเองแล้วเป็นที่น่าสังเกตว่า ครอบครัวจะมีวิธีการอธิบายกับผู้ป่วยในครอบครัวตนเองว่าไม่ใช่คนไม่ดีในลักษณะคล้ายกัน “มันบ่าได้ไปเซาะหามาแต่ผิวมันเอามาปล่อยหื้อ” “เขาก็ไม่ใช่คนเลวอะไรที่ผ่านมาก็ดีกับเรามาตลอด” คำอธิบายเหล่านี้เป็นการเอาเหตุผลมาอ้างเพื่อปกป้องศักดิ์ศรีของคนในตระกูล ในครอบครัวอันเนื่องมาจากความรัก ความผูกพันของคนในครอบครัวเดียวกัน เพื่อที่จะลดรอยตราบาปที่สังคมมักหยิบยื่นให้โดยปริยายกับคนที่เป็โรคเอดส์แต่จากการพูดคุยรายละเอียดกับผู้นำในชุมชนให้ความเห็นว่า การที่ชุมชนจะตัดสินกล่าวหาว่าใคร “ฮ้าย” หรือเป็น “คนไม่ดี” นั้น ต้องพิจารณาหลายอย่างประกอบกันไม่ใช่แค่พฤติกรรมที่เขาทำอย่างเดียวนั้น ผู้หญิงที่ทำอาชีพขายบริการไม่ใช่จะตัดสินว่า “ฮ้าย” ไปทุกคน คนที่จำเป็นต้องไปทำเพื่อความอยู่รอดของครอบครัวชาวบ้านก็จะไม่ใช่คำว่า “ฮ้าย”

ซึ่งในการอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์นั้น การที่ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยกันมีการอธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่า เนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ได้มากกว่า จากการที่ 1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยทั้งหมดเป็นสมาชิกชมรมดาวเหนือ (ซึ่งหมายถึง สามิ-ภรรยาดีเป็นด้วย) มีการพบปะกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การได้รับการอบรมจากการดำเนินงานของศูนย์รัตนารักษ์ (ซึ่งมีการดำเนินงานคู่กับชมรมดาวเหนือ) 2) ในช่วงของการที่ทราบผลเลือด ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือดโดยได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์มาก่อนด้วย 3) ผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ สามิ-ภรรยาซึ่งมีอายุน้อย การซึมซับในวัฒนธรรมเรื่องแบบพื้นบ้านมาสะสมอยู่น้อยสามารถซึมซับเอาความรู้ใหม่ได้มากกว่า

แต่สำหรับในกรณีผู้ดูแลที่ยังคงพูดถึงสาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ชัดเจน เป็นการผสมผสานกันระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพแบบดั้งเดิมกับความเชื่อสมัยใหม่เนื่องจากผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ส่วนใหญ่ที่พบเป็นแม่ พ่อ เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจากข้อมูลอายุของผู้ที่เป็นพ่อแม่ ส่วนใหญ่จะมีอายุในช่วง 48-75 ปี ซึ่งพ่อแม่ที่อายุ 48-60 ปี ในชุมชนที่อยู่ชนบทและครอบครัวยากจนนั้น พ่อแม่ยังต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงตัวเองและครอบครัวอยู่ ดังนั้น โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลจึงมีน้อยกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากนั้นจากข้อมูลการประเมินผลของการดำเนินงานในโครงการหมู่บ้านเราเข้าใจเอดส์ในตำบลบ้านคำ พบว่า กลุ่มที่ยังมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเอดส์น้อยอยู่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากนั้นที่สำคัญการที่กลุ่มผู้ที่มีอายุในรุ่นพ่อแม่เหล่านั้นจะได้รับการจัดেলা และซึมซับเอาระบบวัฒนธรรมความเชื่อแบบพื้นบ้านจากคนรุ่นก่อนๆ มานาน แต่ขณะเดียวกันแม้ว่าคนเหล่านี้จะมีโอกาสได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากในชุมชนบ้าง แต่ก็น้อยและอาจไม่ชัดเจน ซึ่งหากเปรียบเทียบกับคนรุ่นลูก (สามิ-ภรรยา)

อย่างไรก็ตามพบว่าในการให้ความหมายต่อการเกิดโรคของกลุ่มผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยเอดส์ด้วยกันเอง แม้ว่าจะมี วิธีอธิบายที่ชัดเจนในเชิงวิทยาศาสตร์ได้ชัดเจนมากกว่า แต่ส่วนใหญ่ก็ยังมีอาการผสมผสานเรื่อง บาป-บุญ เวร-กรรมเข้าไปด้วยอยู่บ้าง ซึ่งการให้ความหมายและการอธิบายลักษณะของการติดเชื้อเอดส์ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างผสมผสาน อาจเป็นผลมาจากอิทธิพลของการรณรงค์ของทั้งภาครัฐบาล และเอกชน ในรูปของสื่อความรู้ต่างๆ การได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ ในรูปของการให้ คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนการเรียนการสอนในเรื่องวิธีการติดต่อ หรือวิธีการดูแลตนเองในขณะที่ ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งระบบการแพทย์แบบตะวันตกมีลักษณะของการรักษาที่ทันสมัย สามารถ ตรวจสอบสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ด้วยผลการตรวจทางคลินิกทำให้การรักษาด้วยระบบการแพทย์แบบตะวันตกเป็นระบบการแพทย์ที่สากลที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลคุ้นเคยเชื่อถือขณะเดียวกัน โรคเอดส์ก็เป็นโรคใหม่ที่ถูกค้นพบโดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในระยะเวลาไม่นานนักในชุมชน จากการให้ข้อมูลของชุมชนตำบลบ้านคำ จะเห็นว่าผ่านมา ประมาณ 10 ปี กว่าเล็กน้อยเท่านั้นจึงยังไม่มี การสั่งสมความรู้เกี่ยวกับ โรคเอดส์ตามความเชื่อพื้นบ้านที่มากพอจะทำให้การให้ความหมายและการอธิบายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แต่ในการรับรู้ของชาวบ้าน ชุมชนที่มีประวัติศาสตร์ในการดูแลสุขภาพตนเองตามความเชื่อดิมนั้นมีมายาวนานกว่า ดังนั้นการสั่งสมความรู้ที่ผ่านมากับปู่ย่า ตายาย ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันนั้น จึงยังมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ดูแล และผู้ป่วยในครอบครัวอยู่

แต่อย่างไรก็ตามคำอธิบายในลักษณะการแพทย์สมัยใหม่ที่มีเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นรูปแบบวิชาชีพนั้นเป็นวัฒนธรรมที่ทุกคนยอมรับ การได้รับการสนองตอบจากระบบสาธารณสุขในกระแสหลัก อาทิ การทดลองวัคซีน โดยขบวนการวิทยาศาสตร์ รูปแบบการรักษาในรูปแบบใหม่ๆ ด้วยคอมพิวเตอร์ ทำให้ระบบการแพทย์แบบสมัยใหม่ที่น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ถูกสร้างขึ้นโดยวิชาชีพแพทย์ต่อโรคเอดส์จึงเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของวัฒนธรรมทางการแพทย์ต่อโรคเอดส์ที่กลุ่มตัวอย่างจำเป็นต้องยอมรับในเบื้องต้น การให้ความหมายต่อโรคเอดส์ของผู้ดูแลทั้งหมด จึงเป็นการผสมผสานที่เรียกว่ารับของใหม่มาด้วย และในขณะที่เดียวกันก็ยังไม่สามารถจะสลัด ของเก่าออกได้หมด ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นคนรุ่นที่2-3ในครอบครัวอายุในวัยทำงาน 20-40 กว่าปี ที่ได้เคยโลดแล่นออกไปรับประสบการณ์จากนอกบ้าน จากการไปทำงาน ได้มีโลกทัศน์ใหม่ โดยเฉพาะ บางครอบครัวยังเป็นครอบครัวเดี่ยวด้วยแล้ว โอกาสที่อิทธิพลของผู้เฒ่า ผู้แก่ จะเข้ามาอิทธิพลจะยิ่งน้อยลงไป นอกจากนั้นคนกลุ่มผู้การ ได้มีโอกาสมากกว่า จึงทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถรับเอา ความคิด ความเชื่อ ในองค์ความรู้สมัยใหม่มาได้มากกว่า ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์

♦ การแสวงหาคำปรึกษาจากเครือข่ายต่างๆ

จากการศึกษาพบว่า การแสวงหาคำปรึกษาของผู้ดูแลจะเกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบและมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังไม่ออกอาการ และผู้ป่วยที่ออกอาการแล้ว นอกจากนั้นยังพบว่า พฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาในผู้ป่วยที่ยังไม่ออกอาการนั้น ยังมีความ แตกต่างกันระหว่างผู้ดูแลที่เป็นผู้ติดเชื้อกับผู้ดูแล (ญาติ) ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยที่ผู้ดูแลที่เป็น ผู้ป่วย โรคเอดส์จะมีพฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาหรือการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วย ครอบครัวมากกว่า ชัดเจนกว่าผู้ดูแล (ญาติ) ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นผู้ติดเชื้อด้วยกันจะมีการแสวงหาคำปรึกษาจากเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันค่อนข้างมากซึ่งความรู้ที่ได้รับในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันมาจากความรู้ที่ได้รับจากแหล่งบริการในระบบการแพทย์สมัยใหม่ ส่วนผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วย โรคเอดส์และพร้อมกันนั้นจะไปแสวงหาคำปรึกษาจากสถานบริการ ทั้งในและนอกชุมชน เช่น ศูนย์รณรงค์ฯ โรงพยาบาลต่างๆ ให้การปรึกษาจะเป็นประเด็นทางสุขภาพด้านต่างๆ เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรค จะไม่ไปแสวงหาคำปรึกษาจากใครเลย เนื่องจากไม่ยากตกย้ำให้กับตัวเองหรือสังคมได้รับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเอดส์

“อย่างบางเต็อกก็ลืมๆ ไปแล้ว บ่าอยากซื้อตัวมัน ตัวเขาไปก็คืนัก...”

การที่ผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคเอดส์มีพฤติกรรมการแสวงหาคำปรึกษาโดยไม่ได้ไปขอคำปรึกษาจากแหล่งใด เนื่องจาก

1.) การรับรู้ หรือการอธิบายความหมายตามความเชื่อของครอบครัวต่อโรคเอดส์ ที่พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติในเชิงลบต่อโรคเอดส์ ในเรื่องตราบาปที่สังคมประทับตรา ไว้ให้เกี่ยวกับการเป็นคนไม่ดี จึงไม่ยอมให้ความลับรั่วไหล ในขณะที่ผู้ป่วยยังมีสุขภาพแข็งแรงดี อยู่ ยังไม่ออกอาการก็อาจจะยังไม่มีคนทราบแน่ชัด ดังคำที่ผู้ดูแลกล่าวไว้

“แม่บ่าได้ไปปรึกษาใครต่อเพราะกลัว จะเป็นการย่ำหื้อเรื่องลูกเฮา ครอบครัวเฮามันแพร่ขยายไปดึกๆ อย่างบางเตื่อก็ลึ้มๆ..” สำหรับในบางครอบครัวอาจเห็นว่าผู้ป่วยยังสุขภาพแข็งแรงดีอยู่ และได้ทำหน้าที่ของตนเองได้คืออยู่แล้ว ผู้ป่วยได้เข้าชมรมดาวเหนือ ได้ข้อมูลจากโรงพยาบาล จากศูนย์รณรงค์ จากเพื่อนผู้ติดเชื้อด้วยกัน มีทางเลือกในการแสวงหาข้อมูลอยู่หลายแห่ง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลในการปฏิบัติตัว

2) การที่ครอบครัวไม่แสวงหาคำปรึกษา หรือไม่ต้องการความช่วยเหลือจากใครในขณะนี้ อาจจะเป็นเนื่องจาก ความเชื่อ หรือการอธิบายความหมาย ของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยในกรณีโรคเอดส์ จากความเชื่อของครอบครัวที่ว่าคนที่ เป็นโรคเอดส์จะมีอาการ “เตี้ยวหลวม ผมตั้ง...” การที่ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังไม่มีอาการ สามารถทำงานได้แข็งแรงดี ครอบครัวอาจจะตีความว่ายังไม่มี ความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ในทัศนะเชิงสังคมที่หมายถึง กระบวนการเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยของบุคคลในทุกชาติทุกสังคมที่มีแตกต่างกันหรือมีวัฒนธรรม ความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ความหมายของคำว่า ความเจ็บป่วย (illness) นั้น เป็นการรับรู้ (perception) ที่บุคคลตระหนักว่าเป็นความป่วยไข้ (sickness) มากกว่าที่จะรับรู้ว่าเป็นโรคหรือเกิด จากเชื้อโรค และการตีความของ ชาวบ้าน (ครอบครัว) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้นเป็นพฤติกรรมที่ เบี่ยงเบนไปจากพฤติกรรมหรือมาตรฐานปกติในชีวิตประจำวัน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยได้ แล้วก็ตามว่า มีความบกพร่องทางสรีรวิทยา และเกิดจากสาเหตุใด แต่ครอบครัวจะตีความจากการ ประเมินว่า อาการที่เห็นนั้น มีอันตรายหรือไม่ สามารถทำงานได้หรือไม่ ซึ่งในความหมายนี้อาจ แตกต่างไปจากคำนิยาม หรือ การตีความโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพราะความเจ็บป่วย (illness) มิใช่เรื่องเฉพาะความผิดปกติเกี่ยวกับกลไกการทำงานของร่างกายเท่านั้นแต่เป็นผลรวม ของระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ที่บุคคลเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน (ปรีชา อุปโยคิน, หน้า 53-55, 2534) เมื่อครอบครัวมีความเชื่อ และการรับรู้ผู้ป่วยที่ยังไม่ออกอาการคือ ผู้ที่ยังไม่ได้มีความป่วยไข้(sickness) ดังนั้น จึงไม่คิดว่าจะต้องไปหาคำปรึกษาจากที่ใด

“หันมันก็ยังมีอยู่ดี ซ่าบาย ก่อบ่าได้”ไปถามไปปรึกษาใครที่ไหน”

3) นอกจากนั้นที่สำคัญอีกประการหนึ่งน่าจะมาจากการที่ครอบครัว ส่วนใหญ่ อยู่ในฐานะยากจนอยู่แล้ว รายได้เฉลี่ยของครอบครัวในตำบลบ้านค่าจากการสำรวจข้อมูล ประมาณ

25,000-40,000 บาทต่อปี ครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 80.0 เป็นหนี้ธนาคาร ธกส. ต้องมุ่งเรื่องการทำมาหากิน ซึ่งในกรณีครอบครัวที่มีแรงงานสมาชิกในครอบครัวยังไม่มีเวลาที่จะไปแสวงหาจากใครที่ไหน และการที่ครอบครัวได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกไปทำหน้าที่ในการแสวงหาข้อมูลเพื่อดูแลตัวเองได้นั้น พบกลุ่มทุกเดือน (ถ้าผู้ป่วยคนใดต้องเป็นกรรมการชมรมด้วยยิ่งมีการจูงใจมากขึ้น) ก็นับว่ามีผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้สมาชิกที่เหลืออยู่ที่ต้องรับภาระในการทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว ดังนั้นจึงดูเหมือนว่าบทบาทในการแสวงหาค่าปรึกษา ในกรณีที่ผู้ป่วยแข็งแรงดี จะตกอยู่กับตัวผู้ป่วยเองมากกว่า

และสำหรับในกรณีของผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นผู้คิดเชื่อด้วยกันจะมีการแสวงหาค่าปรึกษาจากทุกแหล่งที่ให้โอกาส และที่ตนเองสามารถจะไปได้ ไม่ว่าจะในชุมชนหรือนอกชุมชนก็ตาม เช่น จากกลุ่มผู้คิดเชื่อชมรมดาวเหนือ เครือข่ายผู้คิดเชื่อระดับต่างๆ มีตน มีญาติ โอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมจากศูนย์รัตนารักษ์ โรงพยาบาลลำปาง บริการต่างๆ ที่มีอยู่ ที่มีเพื่อนๆ ที่เป็นเครือข่าย ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการแสวงหาข้อมูลค่าปรึกษาได้ทั้งสิ้น

พฤติกรรมแสวงหาค่าปรึกษาที่มีความแตกต่างระหว่างผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยเอดส์และญาติ เนื่องจากการรับรู้และตระหนักต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ผู้ดูแลเชื่อว่า ผู้ป่วย ยังไม่ป่วยไข้ (sickness) จากการตีความของตน แต่ในขณะที่เดียวกันการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาวะ การป่วยของตนเอง เป็นการรับรู้ที่ตระหนักว่าตนเองกำลังป่วยไข้ ตามการตีความโดยวิธีคิดทางวิทยาศาสตร์ ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน จากการวินิจฉัยความคิดปกติ ความบกพร่องที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จากแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาล ด้วยผลการตรวจเลือด ซึ่งตนรับรู้อยู่ทุกขณะว่า ตนมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกายด้วยแล้ว และถือเป็นความคิดปกติที่ได้รับรู้ตั้งแต่ได้ทราบผลเลือด และจากการตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปัจจุบันดูเหมือนว่าหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในและนอกชุมชนได้เกื้อหนุน สนับสนุนให้ผู้คิดเชื่อ ได้มีโอกาสในการแสวงหาค่าปรึกษาได้มากกว่าญาติ ผู้ดูแลครอบครัว ไม่ว่าจะโดยการเข้าร่วมทำกิจกรรม ประชุม อบรม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านการดูแลตนเอง ข่าวสาร และองค์ความรู้ต่างๆ การมีศูนย์ รัตนารักษ์ หรือการมีกลุ่มผู้คิดเชื่อชมรมดาวเหนือที่พบปะกันทุกเดือนในชุมชน มีโรงพยาบาลลำปาง (คลินิก day care) เครือข่ายผู้คิดเชื่อ

♦ พฤติกรรมการรักษาเยียวยา

พฤติกรรมในการเยียวรักษา เป็นผลสืบเนื่อง เชื่อมโยงมาจากผลของความ คิด ความ เชื่อ หรือการอธิบายความหมายสาเหตุของการเกิดโรคเอดส์ และอาการ ความเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้นจาก โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การแสวงหาการรักษาเยียวรักษา

จากการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการรักษาเยียวยาของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย มีความแตกต่างกันแล้วแต่ระยะอาการว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ยังออกอาการแล้วในระยะที่ป่วย ช่วยตัวเองได้ หรือ ป่วยหนัก ที่ช่วยตัวเองไม่ได้ และในครอบครัวที่มีผู้ดูแลเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยกัน กับผู้ดูแลที่ไม่ใช่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ก็แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่รูปแบบการเยียวรักษาใน ภาพรวมทั้งหมด ก็ยังเป็นการมีการผสมผสานกันทั้งการดูแลตนเอง ตามระบบบริการแบบชาวบ้าน ก่อน และการดูแลในระบบทางเลือก รวมทั้งการดูแลในระบบการแพทย์ในกระแสหลัก คือ ระบบ การแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทั้ง บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540, หน้า) และ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า) แต่ในรายละเอียดการปฏิบัติในการทำเพื่อการเยียวรักษามีความแตกต่าง ในส่วนของการดูแลตนเอง แบบชาวบ้าน และพบว่าทางเลือกใช้ การตัดสินใจในการใช้ แหล่งบริการรักษา อาจมีการปรับ ไปมาได้ตามการประเมินผลการรักษาที่เกิดขึ้น และตามความเชื่อ ที่ผสมผสานกันไปทั้งในทางวิทยาศาสตร์ และตามความเชื่อใน โลกทัศน์ของชาวบ้าน ซึ่งเป็นการมุ่ง เพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่หายจากความเจ็บป่วย หรือความป่วยไข้ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม /เศรษฐกิจ โดยในกิจกรรม /กลวิธีในการปฏิบัติของผู้ดูแลได้มีการดูแลในภาวะความเจ็บ ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน

ปรากฏการณ์ในการเลือกวิธีการรักษาดูแลผู้ป่วยเช่นนี้ ที่มีการผสมผสานการดูแล ในทั้ง3 ระบบ เนื่องจาก

1.) ความไม่ชัดเจนในการรักษาในระบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่ยังไม่สามารถ รักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ครอบครัว จึงจำเป็นต้อง แสวงหา ดินรนในการรักษาเพื่อให้หายจาก โรคเอดส์นี้ ด้วยวิธีใดก็ตาม เพื่อเป็นความหวังในการมีชีวิตอยู่

2.) ความเชื่อของการเกิด โรคและความเจ็บป่วยที่ไม่เชื่อมโยง เช่นกรณีกับผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีความเชื่อในการอธิบายสาเหตุของการเกิด โรคว่าเกิดจากแมงเอดส์ พยาธิ หรือหรือ กรรมเวร ก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย การวินิจฉัยหาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น ก็จะเป็นไปตามประสบการณ์เดิม คือ เกิดจากผี ขวัญ เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ

ที่ชัดเจน แม้ในกลุ่มที่มีความเชื่อในทางวิทยาศาสตร์ว่าเกิดจากเชื้อโรค แต่อาจจะมี ความไม่ชัดเจนในสาเหตุ ความเชื่อ หรือ การอธิบายความหมายของการเป็นโรคเอดส์ ว่าเกิดจาก

เชื้อโรค จริง เมื่อผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย การวินิจฉัยหาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น ก็จะเป็นไปตาม ประสพการณ์เดิม คือ เกิดจากผี ขวัญ เกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติ เนื่องจากไม่สามารถเชื่อมโยง ให้นำไปสู่การอธิบาย สาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยตามอาการต่างๆที่หลากหลายได้ว่า เชื้อโรค ไปทำอย่างไรให้เกิดอาการที่รักษาไม่หาย ซึ่งบางอาการ และความเจ็บป่วยที่ไม่ใช่อาการเฉพาะได้ คั้งนั้น ความเชื่อของการเกิดโรค คิดเชื่อฉวยโอกาสหรืออาการแทรกซ้อนในคำอธิบายความหมาย จึงเป็นคนละเรื่องกับโรคเอดส์ที่ครอบคลุม ผู้ดูแลในทุกกลุ่ม ได้พยายามอธิบายว่าเกิดจากการร่วมเพศ มีเชื้อโรคเป็นหลัก ซึ่งเหตุผลนี้ จึงทำให้การแสวงหาการเยียวยา รักษาหรือการแสวงหาคำปรึกษา นำไปสู่การดูแลตนเองในโลกของชาวบ้านเหมือนเดิม โดยการไปปรึกษาหมอเมื่อ หมอทรง หมอพื้นบ้านทั้งหลาย ร่วมกับขั้นตอนต่อไปในการเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งมีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยเอดส์บางคนยังมีลักษณะเช่นนี้ ด้วย

3.) ระบบบริการในแบบชาวบ้านที่ยังคงมีอยู่ ในชุมชน ที่มีหมอต่างๆ ซึ่งนั่น หมายถึงหมอต่างๆนี้ ยังสามารถตอบสนองความต้องการในการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยต่างๆได้ผลอยู่ จึงทำให้ความนิยมในตัวหมอเหล่านี้ยังคงอยู่ในชุมชน ที่ทุกหมู่บ้านมีหมอพื้นบ้านอยู่ไม่ต่ำกว่า 3-5 คน/หมู่บ้าน

สำหรับระบบบริการการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นบริการกระแสหลักที่ให้บริการอยู่ในชุมชน ตลอดจน การรณรงค์ให้ความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ตามแบบการแพทย์กระแสหลัก ทำให้มีองค์ความรู้กระจาย เผยแพร่ทั่วไป โดยเฉพาะในตำบลบ้านคำ ดังกล่าวแล้ว จึงทำให้ความคิด ความเชื่อเชิงวิทยาศาสตร์แทรกซึมอยู่ในคนทั่วไป

นอกจากนั้นในปัจจุบัน แนวคิดการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะเรื่องสมุนไพรในโลกยุคปัจจุบัน มีกระแสความนิยมกลับมาใช้ใหม่ ดังนั้น แนวคิดการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ จึงถูกหยิบมาใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการใช้สมุนไพร พื้นบ้านที่หาได้ง่ายในชุมชน

4.) อิทธิพลของเครือข่ายที่มีความคิด ความเชื่อในแบบดั้งเดิม เรื่องอำนาจเหนือธรรมชาติ ตามโลกทัศน์ชาวบ้าน มีผลต่อการตัดสินใจในการเลือกรักษาของครอบครัว โดยที่เป็นแหล่งหรือ เครือข่ายในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะไป ขอคำปรึกษาตามสิ่งที่เคยทำมา และมีผลว่าต้องเชื่อในคำแนะนำที่ท่านให้มา คั้งนั้น จึงพบว่า ครอบครัว จะมีการเลือกใช้แหล่งบริการจากทุกระบบ ด้วยความเชื่อมั่นว่าแต่ละระบบ จะเสริมเติมกัน เพราะความไม่ชัดเจนในประสิทธิภาพการรักษาของแต่ละระบบ และความเชื่อที่ยังคลุมเครือ ในสาเหตุของโรคเอดส์ กับสาเหตุของความเจ็บป่วยในแต่ละอาการ ที่ผู้ดูแล หรือ ครอบครัวอธิบายไม่ได้ หรือไม่ชัดเจน

♦ **การประเมินผลการรักษาเยี่ยวยา** พบว่าการประเมินผลการรักษาเยี่ยวยาในผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น ผู้ดูแลมีการประเมินการหายตามอาการ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กับประเมินการหายจากโรคเอดส์ สาเหตุที่ครอบครัว มีการประเมินผล 2 แบบนี้ แยกกัน อาจจะเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนในสาเหตุ ความเชื่อ หรือ การอธิบายความหมายของการเป็นโรคเอดส์ ซึ่งครอบครัวไม่สามารถเชื่อมโยงให้นำไปสู่การอธิบาย สาเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยตามอาการต่างๆที่ไม่ใช่อาการเฉพาะได้ ดังนั้น ความเชื่อของการเกิดโรค ติดเชื้อฉวยโอกาสหรืออาการแทรกซ้อนในคำอธิบายความหมายจึงเป็นคนละเรื่องกับโรคเอดส์ที่ครอบครัว ผู้ดูแลในทุกกลุ่ม ได้พยายามอธิบายว่าเกิดจากการร่วมเพศ มีเชื้อโรคเป็นหลัก ซึ่งเป็นองค์ความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ดังกล่าวแล้วดังนั้น การแสวงหาการรักษา เยี่ยวยา รักษาหรือการแสวงหาคำปรึกษา และ จึงยังนำไปสู่การดูแลตนเองโดยการไปปรึกษาหมอเมื่อ หมอทรง หมอพื้นบ้านทั้งหลาย ร่วมกับขั้นตอนต่อไปในการเข้าสู่ระบบการแพทย์สมัยใหม่

♦ **การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค**

พบว่าในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค นั้นครอบครัวส่วนใหญ่จะใช้กลวิธีการให้คำแนะนำ กระตุ้น เตือน ให้ปฏิบัติตามองค์ความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ผสมผสานกับความเชื่อตามโลกทัศน์ของชาวบ้านที่พบ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเสมือนการสนับสนุน ทางสังคมที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพ โดยมีการให้คำแนะนำในการงด ละเว้น หรือหลีกเลี่ยงและควรกินอาหารที่เชื่อว่า มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากอาหารเป็นเรื่องของความจำเป็นในปัจจุบันของชีวิตมนุษย์ สำหรับการป้องกันการเกิดโรค แต่ความแตกต่างอยู่ที่ความเชื่อของแต่ละครอบครัว ต่ออาหารต่างๆ นั้น แต่ทั้งนี้ก็พบว่า การให้คำแนะนำ หรือการสนับสนุนของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นไปตามคำแนะนำทางการแพทย์เนื่องจาก คำแนะนำดังกล่าว ครอบครัวสามารถประยุกต์เชื่อมโยงเข้ากับวิถีคิด หรือความคิดความเชื่อเดิมในส่วนของแพทย์พื้นบ้านได้ และข้อปฏิบัตินั้นไม่ขัดต่อข้อห้าม ประเพณีที่มีมาเดิม และคำแนะนำบางข้อยังเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวด้วย จึงทำให้คำแนะนำเหล่านี้ถูกใช้ภายในครอบครัวทุกครอบครัวอย่างแพร่หลาย แต่ ทั้งนี้จะแตกต่างกันในคำอธิบายถึงเหตุผลในการกระทำนั้นอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นการให้เหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ ในขณะที่ชุมชน ครอบครัว ก็มีวิถีคิด ประยุกต์ หรือหา เหตุผลจากความเชื่อเดิมมารับเพื่อให้ตนเข้าใจในการกระทำนั้นได้ นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังมีข้อน่าสังเกตว่า ข้อแนะนำด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการร่วมเพศ การใช้ถุงยางอนามัยจะไม่ถูกพูดถึงในครอบครัว เนื่องจากชุมชนครอบครัวยังมีความเชื่อว่า การพูดเรื่องเพศ เรื่องการร่วมเพศ ถุงยางอนามัย เหล่านี้ไม่ใช่เรื่องที่ควรพูดเป็นเรื่องสกปรก เป็นของต่ำ นอกจากนั้นเรื่องการออกกำลังกายเป็นอีก หนึ่ง เรื่องที่ครอบครัว

ไม่ค่อยพูดถึงอาจจะเป็นเพราะเห็นว่าผู้ป่วยแข็งแรงก็ต้องทำงานตามปกติอยู่แล้ว ซึ่งต้องใช้กำลังงานอยู่แล้ว

ส่วนการส่งเสริมสุขภาพจิตใจ เป็นไปในลักษณะของการยอมรับ การเข้าใจผู้ป่วยตามความเชื่อของครอบครัว ที่ว่าโรคเอดส์ เป็นแล้วตาย เกิดกับคนลำสอน คนเป็นโรคเอดส์ สังคมรังเกียจ จึงทำตัวปกติเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยและตนเองได้รับการตอกย้ำในเรื่องราวเหล่านี้ อันเป็นพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตใจอารมณ์ที่ครอบครัวปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ ไม่ต้องการให้ใครรู้ ต้องการรักษาความลับตนเองไว้นานที่สุด ซึ่งหากว่าการทำเช่นนี้แล้วผู้ป่วย และครอบครัว มีความสุขสบายใจคืออย่างแท้จริงในช่วงเวลาที่ยังไม่มีอาการนั้น ก็น่าจะถือเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพจิตใจวิธีหนึ่งแบบของชาวบ้าน ส่วนการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคส่วนใหญ่จะเป็นการจัด การสิ่งแวดล้อมให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคตามที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เช่นการห่มผ้า ป้องกันหวัด จัดที่นอนให้อยู่ในที่อากาศถ่ายเทดี ในส่วนของผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีความแตกต่างกันไป เช่น จะทราบวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเพิ่มขึ้น เช่น อากาศเป็นผ้าขาว ให้อมน้ำเกลือ ทุกเช้า การใช้สมุนไพร เพิ่มภูมิคุ้มกันโรคให้ร่างกายแข็งแรง เป็นต้น ซึ่งการที่ผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันดังกล่าวไปแล้วข้างต้น จากความคิด ความเชื่อที่มีคำอธิบายไปในทางวิทยาศาสตร์เพิ่มขึ้นและนำไปสู่แหล่งให้คำปรึกษาและแหล่งให้บริการที่อยู่ในระบบการแพทย์สมัยใหม่มากกว่า ดังเหตุผลที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

♦ การปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย

พบว่าส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวทางด้านอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ในช่วงระยะแรก สอดคล้องกับการศึกษาของสุริธา ชุณหะวัณ (2536, หน้า 128) ที่พบว่าระยะแรกที่ผู้ป่วยทราบผลการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อทุกราย เกิดภาวะวิกฤติทางด้านอารมณ์เช่นกัน และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการใช้การปรับตัวทั้งแบบการแก้ปัญหาที่ตัวเอง คือ การปรับอารมณ์ หรือการจัดการกับอารมณ์ร่วมกับการมุ่งแก้ปัญหาที่สาเหตุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กิตติกร นิลมานัต (2538, หน้า59) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียด ของญาติที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลจะใช้วิธีเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหา และด้านการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งในการปรับตัวของผู้ดูแล หรือครอบครัวครั้งนี้พบว่า จะใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ การปลง โดยการให้เรื่องกรรมเวร การใช้พลังความรัก การสร้างความหวังในการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปในการมาต่อสู้กับความอ่อนล้า เหนื่อยในการให้การดูแลผู้ป่วย เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ยังสนับสนุนผลการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ ที่ศึกษาถึงวัฒนธรรมใน

การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือถึงวัฒนธรรมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การทำใจ ซึ่งการทำใจประกอบด้วย 6 กลวิธี คือ การปลง การใช้กรรม การต่ออายุ การเบี่ยงเบนความสนใจ การปรึกษาหาความช่วยเหลือ การสร้างความหวัง (2540 , หน้า 103) แลพบ ซึ่งการปรับตัวทางด้านอารมณ์จิตใจที่เกิดขึ้น เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลกำลังพยายามในการปรับสภาวะจิตใจเพื่อที่จะทำให้ตนเองมีที่ยึดเหนี่ยว หรือลด ขจัด ความรู้สึกลบที่เกิดขึ้น จากการที่ทราบ ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ที่ต้องตาย กลัวภาระที่ต้องแบกรับ เป็นต้น สำหรับการปรับตัวทางด้านร่างกาย และด้านสังคม /เศรษฐกิจนั้น เป็นการปรับตัวเพื่อมุ่งให้สภาพร่างกาย สภาพครอบครัว สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ ซึ่งนับว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแล เนื่องจากหากว่าผู้ดูแลไม่สามารถผ่านกระบวนการปรับตัวเหล่านี้ ได้ ผู้ป่วยก็ไม่สามารถได้รับการดูแลที่ดีจากผู้ดูแลได้ เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องเผชิญปัญหาหนักในการดูแลผู้ป่วย ต่อไป

3. อภิปรายผลภาพรวม

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในภาวะที่ร่างกาย ปกติ และการดูแลเยียวยารักษาในกรณีที่มีความเจ็บป่วย โดยมีเป้าหมายที่จะมุ่งให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยที่ครอบครัวตระหนักกว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดที่สามารถจะรักษาชีวิตให้ยืนยาวต่อไปได้ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์ ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยในแต่ละวัฒนธรรมมีผลต่อการกำหนด การตัดสินใจในการรักษาเยียวยา ของบุคคล แม้ว่าจะมีรูปแบบผสมผสานกัน แต่การที่ครอบครัว หรือบุคคลใดจะเลือก ตัดสินใจใช้บริการในส่วนใหญ่ ก่อนหลัง หรือใช้ในระบบบริการในส่วนใหญ่ หรือน้อย กว่ากัน นั้นจะแตกต่างกัน แล้วแต่ความเชื่อในสุขภาพอนามัยของครอบครัว นั้น อันหมายรวมถึงเครือข่ายทางสังคม ของเขาด้วย (ญาติสนิท ญาติผู้ใหญ่) โดยเฉพาะครอบครัวที่ขยายที่มีอิทธิพลทางความคิด ความเชื่อ ที่หล่อหลอมมาแต่ดั้งเดิมจากญาติผู้ใหญ่ในครัวเรือน หรือในครอบครัวแล้ว นอกจากนั้นยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากภายนอกอื่นๆอีก เช่น ความคิดความเชื่อ ต่างๆของครอบครัว ทำให้เกิดทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลาย ถ้านำมาผสมผสานเติมเต็มซึ่งกันและกันและภายในส่วนที่แต่ละระบบขาดจะนับว่าช่วยให้เกิดการดูแลรักษาโรคเอดส์ได้อย่างครอบคลุมกาย ใจ จิตสังคม เศรษฐกิจ ในระบบ การแพทย์สมัยใหม่มักจะขาดด้านจิตใจ จิตวิญญาณ แต่ในการดูแลตนเองในแบบชาวบ้านจะมีเรื่องของการให้กำลังใจ จิตใจ ศรัทธา จิตวิญญาณ ครอบคลุม จากการทำพิธีกรรม ต่างๆ ในด้านการช่วยเหลือทางสังคม ครอบครัวเองสามารถจัดการได้ โดยมีการใช้มาตรการที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อปกป้องศักดิ์ศรี และสิทธิของตน ได้เป็น

อย่างดี จะเห็นว่าครอบครัว สามารถเป็นผู้ดูแล และเป็น/หรือ ผู้ตัดสินใจในทางเลือกที่มีในระบบสุขภาพได้เอง

การอธิบายความหมาย การรับรู้เชิงลบที่ครอบครัวมีต่อโรคเอดส์ ถือว่าเป็นแรงผลักดันในการแสวงหาการรักษาเยียวยาให้กับผู้ป่วย และครอบครัว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน การตีความ หรือการอธิบายความหมาย ของความเจ็บไข้ หรือ การป่วย ของครอบครัว ยังมองข้ามสถานะคิดเชื่อที่ยังไม่มีอาการ ว่า ยังไม่ป่วย และค่อนข้างให้ความสำคัญในการเอาใจใส่น้อย และมอบบทบาทในการดูแลสุขภาพในช่วงนี้ให้กับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นเรื่องความคิดว่าไม่ต้องการต่อย้ำ โดยการมอบความเป็นพิเศษให้ และเรื่องของการตีความคำว่า ป่วย ดังกล่าวข้างต้น แต่อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลาของการที่ยังไม่มีอาการ ในเชิงการแพทย์ยังมีเรื่องของการป้องกันครคิดเชื่อฉวยโอกาสต่างๆที่ครอบครัวสามารถเป็นแรงสนับสนุน หรือให้ความช่วยเหลือได้ อยู่ที่ถ้าหากครอบครัวมีทัศนคติใหม่ต่อคำว่าป่วย ในกรณีโรคเอดส์ และมีองค์ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องของการดูแลเพื่อป้องกันโรคคิดเชื่อฉวยโอกาส ครอบครัวจะมีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้คือการเยียวยารักษา และการปฏิบัติ การดูแลเป็นไปได้ต้องมีการสนับสนุนทางสังคม เช่น ทัศนคติ ของชุมชนในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะเปิดเผยตัว ทั้งกับครอบครัว และชุมชน การที่ผู้ป่วยไม่เปิดเผยจะมีผลทำให้ครอบครัวอีกอันนั้นอีก และทำให้มีทางเลือกในการแสวงหาค่าปรึกษาบ่อยลงด้วย ดังนั้น จะมีข้อจำกัด ในการแสวงหาการเยียวยารักษา

สรุป ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

ผลจากการศึกษาพบว่า การมีผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ นั้นแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือปัจจัย ด้านด้านบุคคล และบริบททางสังคม

ปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลและครอบครัว ระยะเวลาที่รู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ ความเชื่อการอธิบายถึงความหมายสาเหตุของโรคและอาการ ความเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านบริบททางสังคมได้แก่ สถานการณ์เอดส์ในด้านทัศนคติการยอมรับและการสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเรื่องสุขภาพอนามัยในชุมชน ระบบบริการดูแลสุขภาพที่มีในชุมชน วัฒนธรรมและการขัดเกลาทางสังคมในสังคมล้านนา

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540, หน้า 195) และพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า 131-142) การศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

จากผลการศึกษาโดยรวมสะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นหน่วยขนาดเล็กทางสังคมที่มีอิทธิพลและมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังรักษาในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมไปถึงการช่วยเหลือทางสังคม/เศรษฐกิจ โดยพบว่าครอบครัวจะมีบทบาทแตกต่างกันในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะ ได้แก่ ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการป่วยแล้ว และผู้ที่มีอาการป่วยหนักหรืออยู่ในระยะสุดท้าย ครอบครัวจะเข้ามามีบทบาทสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะที่ป่วยหนัก ทั้งนี้ ความเชื่อ ทศนคติที่ติดโรคเอดส์ และการยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัวจะมีผลอย่างมาก ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนทางด้านสังคม/เศรษฐกิจต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ สำหรับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพนั้นพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ ทั้งการดูแลสุขภาพตนเอง ในโลกทัศน์ชาวบ้าน และการแพทย์แบบสมัยใหม่ เช่น การซื้อยามาใช้เอง การไปหาหมอพื้นบ้าน และการประกอบพิธีกรรมต่างๆตามความเชื่อ การใช้สมุนไพรพื้นบ้าน และการแพทย์แผนปัจจุบันมาผสมผสานกันโดยการเพิ่มเติม ทดแทน แก้ไข ซึ่งกันและกันได้อย่างลงตัว นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ดูแลที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยกันจะมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีทักษะและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยตามองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ได้ดีกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ และพบว่า ปัจจัยด้าน ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเอดส์ ได้แก่ ขวัญ พยาธิ และอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น ผีปู่ย่าแล่น ผีเสื้อ นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้าน โครงสร้างและความสัมพันธ์ของครอบครัว ระบบเครือญาติ บทบาทหญิง - ชายในครัวเรือน (ของสูง-ของต่ำ) การขัดเกลาทางสังคม และวัฒนธรรมในสังคมล้านนา ได้แก่ ค่านิยมเรื่องคนดีต้องตอบแทนบุญคุณพ่อแม่ กรรม-เวร บาป-บุญ รวมทั้ง ระบบการดูแลสุขภาพที่ยังคงมีอยู่ในชุมชน เช่น หมอพื้นบ้านประเภทต่างๆเช่นหมอทรง หมอเมือ หมอเถื่อน ฯลฯ ยังมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของครอบครัว ทั้งนี้พฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้นเป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะอาการที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

♦ ข้อเสนอแนะเชิงการปฏิบัติในการจัดบริการ

1. การจัดบริการการดูแลผู้ป่วย บุคลากรควรมีการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเอดส์ โดยเฉพาะสาเหตุของการเกิดโรคและอาการเจ็บป่วยที่สำคัญ รวมทั้งการเพิ่มเติม เรื่องการฝึกปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลที่บ้านให้กับสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิด กับผู้ป่วย

2. การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชน ควรมีการจัดบริการ เพื่อให้เกิด กองทุนในชุมชน ในการสนับสนุนด้านสงเคราะห์/ศรัทธาแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. บุคลากรควรตระหนัก เห็นความสำคัญและทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อด้านสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน แล้วนำภูมิปัญญาเหล่านี้มาผสมผสานให้เกิดความ เชื่อมโยงระหว่างทัศนคติเชิงการแพทย์กับทัศนคติเชิงสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพสูงสุด และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ แต่สำหรับในกรณีความเชื่อที่มีผลกระทบต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องสื่อสารให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจกับชุมชนด้วยให้เกิดความเข้าใจเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วย เช่น กรณีความเชื่อเรื่องการฉีดยาตั้งให้ตาย

4. สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน ควรจะจัดบริการเพื่อให้การสนับสนุน ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ เช่น การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตัว ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย แก่ครอบครัว

5. การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับ ครอบครัวผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและพร้อมไปกับผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีการบอกผลเลือดกับครอบครัว และมีการจัดบริการปรึกษาให้กับครอบครัว โดยความสมัครใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและการเน้น ในการให้คำแนะนำ หรือปรึกษาเรื่องการใช้อย่างอนามัย เนื่องจากในครอบครัวมีข้อจำกัดในการ ให้การดูแลเรื่องนี้

6. การจัดบริการในระดับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ต้องทำในเชิงรุกเข้าไปหา ครอบครัวมากขึ้น คือ การเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นกลวิธีในการติดตามดูแลผู้ป่วย และครอบครัวในการ สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ในการดูแลผู้ป่วย ทัศนคติของชุมชนและครอบครัวต่อโรคเอดส์ มีความสำคัญ ครอบครัวต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ในชุมชนควรมีอย่างต่อเนื่อง และมีเนื้อหาที่ชัดเจนถูกต้อง โดยลดการรณรงค์เชิงลบ สร้างทัศนคติเชิงบวกเรื่องโรคเอดส์ เพื่อหวังผลให้ชุมชน ครอบครัวเข้าใจอย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตามตราบไคที่โรคเอดส์ในความคิด ความเชื่อของคนในสังคม ยังเป็น โรคที่รักษาไม่หายเป็นแล้วไม่ตาย ตราบนั้นความกลัว ความระแวงในการอยู่ร่วมหรือการดูแลกันในครอบครัวก็ยังคงมีอยู่ต่อไปเสมอ

♦ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนแนวคิดนโยบายในการให้ครอบครัวดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเครือข่ายในการใช้ศักยภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ในชุมชนเป็นเครือข่ายในระบบบริการดูแลที่บ้าน

♦ ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาซ้ำอีกในพื้นที่อื่นที่มีบริบทต่างจากพื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้ เช่น การศึกษาในวัฒนธรรมเขตเมือง หรือการศึกษาเปรียบเทียบกับบทบาทการดูแลของครอบครัวในชุมชนในเมือง

2. ศึกษาพัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินผล ในการศึกษาทัศนคติเชิงสังคมและระเบียบวินัยลักษณะนี้

3. ศึกษาถึงบทบาทของหมอพื้นบ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างลึกซึ้ง เพื่อนำประโยชน์ที่ได้มาประยุกต์ในการมีส่วนร่วมในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ต่อไป

4. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนในการดำเนินงาน และจัดทำเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลต่อไปได้