

สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

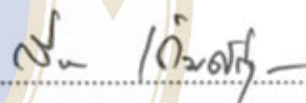
วิทยานิพนธ์
เรื่อง
สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

วิศิธา ชมชย

นางสาววิศิธา ชมชย
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช,
ปร.ค
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



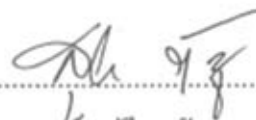
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย,
ปร.ค
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ไปต่างประเทศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันา เทียงธรรม,
ศ.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์สุปรียา ดันสกุล, ค.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2552

จิตติมา ชมชย

นางสาวจิตติมา ชมชย
ผู้วิจัย

ศรียา นฤมัย

นางสาวศรียา เบญจกุล,
ปร.ด
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อ. สก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช,
ปร.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

น. 19/12/52

ไปต่างประเทศ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา เทียงธรรม,
ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พท น

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ, พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย,
ปร.ด
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

12

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มณฑา เก่งการพานิช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิณา เทียงธรรม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น การปรับแก้ไขข้อบกพร่องของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้อันมีค่าที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงและช่วยพัฒนาการวิจัยในอนาคตได้ ตลอดจนการให้กำลังใจและช่วยเหลือในทุกช่วงเวลาของการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ดร.ศรัญญา เบญจกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับรูปแบบวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมวิชาความรู้ อันเป็นพื้นฐานความรู้ให้ผู้วิจัยมีความพร้อมในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตา และกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงนิศยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์ ที่เป็นผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่น่าสนใจจนเกิดเป็นหัวข้อวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ดร.จินตนาถ อนันต์วรณิชย์ หัวหน้าหน่วยความร่วมมือเพื่อการวิจัยระหว่างภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และฮาวาย ที่เป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยในเรื่องการศึกษาต่อเรื่อยมาจนประสบความสำเร็จ และศาสตราจารย์ กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ที่ให้ความกรุณาผู้วิจัยเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่ามาเป็นผู้ให้ข้อมูลเล่าประสบการณ์ชีวิตที่มีความเป็นส่วนตัวสูง ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีความสุขในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ที่ได้ให้การอบรมเลี้ยงดู มีพื้นฐานชีวิตที่สมบูรณ์ดีงาม และขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคนที่เป็นกำลังใจ ดูแลให้การช่วยเหลือในทุกเรื่องตลอดเวลา ที่ศึกษาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นิศยา ชมเชย

สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

SEXUAL HEALTH AMONG HIV POSITIVE WOMEN

นิตยา ชมเชย 4836108 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด., ลักษณา เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด., วิณา เทียงธรรม, ศ.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และประเทศชาติค่อนข้างมาก ประเทศไทยพบว่าสถิติผู้ป่วยเอดส์หญิงมีทิศทางเพิ่มจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่ผู้ป่วยเอดส์ชายกลับมีจำนวนลดน้อยลง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 14 ราย เป็นระยะเวลา 8 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ Colaizzi โดยการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ วิเคราะห์เนื้อหา จัดเป็นหมวดหมู่ และตีความหมายโดยอิงสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพรรณนาถึง 1) ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล 2) พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ในระยะก่อนติดเชื้อเอชไอวี และระยะหลังติดเชื้อเอชไอวี 3) ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และ 4) การยอมรับและการอยู่กับเชื้อเอชไอวี

ข้อค้นพบประเด็นสำคัญของสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ในช่วงก่อนติดเชื้อคือการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ การดูแลรักษาความสะอาด พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมการตรวจภายใน ความไม่ใส่ใจหรือประมาทในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และ ค่านิยมสังคมที่กำหนดความคิดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ หากแต่ในระยะหลังจากที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วผู้หญิงกลุ่มนี้เข้ารับการรักษา และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศมากขึ้น มีความใส่ใจสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง โดยเฉพาะการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังคงพบบางรายที่ยังมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับอำนาจการต่อรอง ขาดทักษะการโน้มน้าวจิตใจ และการปิดบังสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่สน

จากผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคคลทั่วไปในสถานพยาบาลให้สอดคล้องตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการมากขึ้น สถาบันการศึกษา รวมทั้งการศึกษานอกระบบ ควรมีการส่งเสริมการเรียนการสอนในเรื่องเพศศึกษาให้ครอบคลุมถึงสิทธิทางเพศมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพทางเพศ / พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ / ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

SEXUAL HEALTH AMONG HIV POSITIVE WOMEN

NITIYA CHOMCHEY 4836108 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.,
LUKKHANA TEMSIRIKULCHAI, Ph.D., WEENA THAINGTHAM, Dr.P.H.**ABSTRACT**

AIDS is a sexually-transmitted disease that has many negative impacts in regard to physical, mental, and social aspects of the community, as well as of the country. In Thailand, the number of women with AIDS was found to be increasing, while a decreasing number of men with AIDS was found. This research aimed to study sexual health-related behavior of HIV infected women by using a qualitative research technique. The data were collected through the use of in-depth interviews with a sample group of 14 HIV infected women. The project lasted for 8 months and the data analysis was done by applying the analysis steps developed by Colaizzi. The recorded information was transcribed word-for-word for analysis and then the data were grouped and interpreted by selecting important themes in accordance with the research objectives in order to describe 1) the interviewees' background; 2) sexual health-related behavior before and after getting HIV infection; 3) their conceptions of sexual health-related behavior; and 4) acceptance and living with HIV.

The important issues found regarding sexual health of the sampled women during the period before getting HIV infection were: a lack of knowledge regarding sexual health-related behavior; sanitary procedures; sexual relation behaviors; ignorance or carelessness regarding sexual behavior; and social values that determine opinions about having sexual relations. After this group of HIV infected women had received medical care and additional self-care information, most of them improved with regard to: knowledge regarding sexual health-related behavior; attention to improving physical health especially regarding the prevention of complications related to sexual organs; increased possibility of HIV infection. However, a few of them still have unsafe sex which is related to their negotiation power, lack of persuasive skills, and concealment of their HIV infection status from their partners.

The results of this study can be used as the basis for modifying the services provided for HIV infected persons and other patients in a health care center relevant to their needs. Formal and informal educational institutions should be encouraged to organize sex-education teaching and learning activities to cover learners' sexual rights.

KEYWORDS: SEXUAL HEALTH / SEXUAL HEALTH BEHAVIOR / WOMEN WITH
HIV POSITIVE

166 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	6
ขอบเขตการวิจัย	6
นิยามตัวแปรเชิงปฏิบัติการ	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	7
1. สุขภาพทางเพศ	7
2. เอชไอวี	20
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ	26
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	44
1. รูปแบบของการวิจัย	44
2. ประชากร และผู้ให้ข้อมูล	44
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
5. การวิเคราะห์ข้อมูล	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	54
ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	54
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	71
ส่วนที่ 3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ	94
ส่วนที่ 4 การยอมรับและการอยู่กับเชื้อไวรัสเอชไอวี	96
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	101
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	119
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	134
บรรณานุกรม	150
ภาคผนวก	155
ประวัติผู้วิจัย	166

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	56
2	ตารางสรุปภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี	57
3	จำนวนคนที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีเพศสัมพันธ์ด้วยก่อนและหลังติดเชื้อเอชไอวี	63
4	ประวัติการรักษา	66

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

หน้า

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี | 72 |
| 2 | พฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังติดเชื้อเอชไอวี | 81 |



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ตลอดจนประเทศชาติ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย สมรรถภาพของร่างกายลดลง ทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของชาติ จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกเมื่อเดือน พฤษภาคม 2548 โดย UNAIDS/WHO พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 38.6 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปีเดียวกันนี้ ประมาณ 4.1 ล้านคน [1]

สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549 ของสำนักโรคบาติวิทยา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 307,114 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 85,459 ราย โดยมีแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลง [2] ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ โดยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในแต่ละปีลงจาก 143,000 ราย ใน พ.ศ.2534 เหลือ 29,000 รายใน พ.ศ.2543 คณะผู้เชี่ยวชาญ The Thai Working Group on HIV / AIDS Projection [3] ได้คาดประมาณตัวเลขผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ในปี 2548 ว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ประมาณ 18,172 ราย และคาดว่าในปี 2549 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย

มีรายงานเพิ่มเติมว่าในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ว่าผู้ป่วยเอดส์ชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเอดส์หญิงมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 – 2550 แต่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ชายมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2542 ในขณะที่ผู้ป่วยเอดส์หญิงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่

พ.ศ. 2542–2547 และการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีนั้น เปลี่ยนสถานการณ์มาเป็นกลุ่มภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี [4]

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยได้พยายามอย่างต่อเนื่องในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น มีโรงพยาบาลหลายแห่งมีคลินิกครอบครัว ให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดและไม่ติดเชื้อเอชไอวี และมีโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Mother-To-Child Transmission Plus) ที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะการรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงสามีและลูกของหญิงเหล่านี้เข้าร่วมโครงการ คู่สามีภรรยาในโครงการจะต้องมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อรับการตรวจร่างกาย การตรวจเลือดระดับเม็ดเลือดขาว CD4 การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อแทรกซ้อนและยาต้านไวรัสเมื่อถึงเวลา ในคลินิกนี้ นอกจากแพทย์แล้ว ผู้ติดเชื้อจะได้พบกับพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร เภสัชกร และอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำในการรับประทานยาต้านไวรัสและการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง แจกถุงยางอนามัยเพื่อสนับสนุนการป้องกันการแพร่กระจายโรคเอดส์ และสนับสนุนเรื่องการตรวจเลือดเอดส์ประจำปีให้กับสามีที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดทุกครั้งจากการติดตามผู้ป่วยที่มารวมที่คลินิกกลับพบว่า มีร้อยละ 2.06 ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (6 รายจากผู้หญิงทั้งหมด 296 ราย) มีการตั้งครรภ์ซ้ำอีก หลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหมายถึงการเพิ่มโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อเอดส์ไปสู่สามีและบุตรในครรภ์ได้

จากข้อมูลของคลินิกข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิง ในกรุงเทพมหานคร ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 154 คน ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2550 เพื่อให้เห็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ชัดเจนยิ่งขึ้น พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน คิดเป็น ร้อยละ 67.5 (104 คน) และในกลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยร้อยละ 17.3 (18 ราย) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์พบว่า เกี่ยวข้องกับขาดการรับรู้ถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเสี่ยงของโรค รวมทั้งขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ทั้งกับตนเองและกับผู้ที่มิมีเพศสัมพันธ์ด้วย และจากการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกครอบครัวของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากมั่นใจว่าจะไม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 9.7 ต้องการมีบุตร ร้อยละ 7.8 สามีไม่ต้องการใช้ ร้อยละ 6.6 ลืมใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ

5.2 ใช้ถ้อยคำอย่างอนามัยแล้วหมดความรู้สึกทางเพศ ร้อยละ 3.9 และถ้อยคำอย่างอนามัยไม่พอใช้ ร้อยละ 3.2 และยังพบว่า ผู้ชายส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาทั่วไปสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยที่เป็นสามีภรรยาที่มารักษาพร้อมกัน ยังมีการให้ข้อมูลกับแพทย์และพยาบาลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างมากต่อประสิทธิภาพในการให้สุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

จากข้อมูลที่พบในข้างต้นแสดงให้เห็นถึงจุดอ่อนบางประการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้บุคลากรที่เกี่ยวข้องล้วนพยายามอย่างยิ่งที่จะให้ผู้ติดเชื้อปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาและความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินการนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีสถานการณ์และเหตุผลบางประการเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่ยังไม่ติดเชื้อและการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าจะก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่ตามมาทั้งในด้านการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยที่ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ และจากการพูดคุยกับบุคลากรหลายฝ่ายที่ทำงานในคลินิกครอบครัว ทุกคนต่างยืนยันและให้ข้อมูลไปในแนวทางเดียวกันว่า ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้องเรื่องเอชไอวีและการแพร่กระจายเชื้อโดยให้ความรู้ และคำแนะนำทุกครั้งและอย่างต่อเนื่องที่ผู้ติดเชื้อมารับบริการ รวมถึงการสนับสนุนเครื่องมือในการป้องกันการแพร่เชื้อ เช่น การแจกจ่ายถุงยางอนามัย เป็นต้น แต่พบว่า ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่ง ไม่ได้ปฏิบัติตามความรู้ความเข้าใจ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้แต่ไม่นำไปสู่การปฏิบัตินี้ สะท้อนให้เห็นถึงความจริงประการหนึ่งคือ บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เข้าใจและเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ได้อย่างแท้จริง ยังทำงานและคิดในลักษณะคนนอก (etic view) ซึ่งแตกต่างกับวิถีคิดของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดความล้มเหลวในการป้องกันและควบคุมผู้ติดเชื้อไม่ให้แพร่กระจายเชื้อและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงมากขึ้น

จากข้อมูลปัจจุบันซึ่งพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำของผู้ติดเชื้อ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ พฤติกรรมเสี่ยงของผู้ติดเชื้อที่ยังคงเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เหล่านี้ จึงเป็นโจทย์หรือสถานการณ์ที่จำเป็นอย่างยิ่งที่นักสาธารณสุข บุคลากรและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องทบทวน ทั้งนี้เพราะในห้วงเวลาที่ผ่านมามีความพยายามในการดำเนินงานควบคุมและณรงค์ให้สุขศึกษาและส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อเอช

ไอวีและการแพร่กระจายเชื้ออย่างต่อเนื่อง อาจเป็นบทสะท้อนถึงการคิดและการทำงานแบบจากเจ้าหน้าที่เป็นหลักหรือเป็นศูนย์กลาง ขาดความเข้าใจถึงวิถีคิดและความเป็นจริงของผู้ติดเชื้อที่เป็นการคิดแบบคนใน (emic view) อย่างแท้จริง

นอกจากนั้นจากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี พบว่า มีการศึกษาทั้งในกลุ่มคนที่ไม่ติดเชื้อและติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการศึกษามีด้วยกันหลายรูปแบบทั้งศึกษาแบบกึ่งทดลอง โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น รวมถึงการสำรวจข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และแนะนำให้มีการณรงค์ ส่งเสริมการดูแลตนเอง แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีรูปแบบการศึกษาวิจัยที่เน้นในเรื่องการรักษา เป็นการทดลองทางคลินิกเกี่ยวกับสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับว่าประสบความสำเร็จในการกดเชื้อไวรัสเอชไอวีได้มากน้อยเพียงใด อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร ปัญหาการดื้อยา และปัจจัยที่ทำให้การรักษาไม่ประสบความสำเร็จ และพบว่ารูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะ เช่น หญิงบริการ และชายนักท่องเที่ยว ยังมีไม่มากนัก [5]

จากการรวบรวมรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยช่วง 10 ปีระหว่าง พ.ศ.2529–2539 ซึ่งมีจำนวน 23 เรื่อง และอีก 8 เรื่อง ในปี พ.ศ.2540 พบว่ามีการศึกษาอีก 8 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจโดยมุ่งเน้นศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ มากกว่าเน้นศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์โดยตรง อย่างไรก็ตามเริ่มมีการศึกษาในเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหาในผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 เป็นต้นมา ซึ่งน่าจะเป็นผลจากกระแสของสังคมในระยะแรก ๆ ที่ตื่นตระหนกกับปัญหาโรคเอดส์ที่ให้ข้อมูลในลักษณะอันตรายและน่ากลัวน่ารังเกียจ ทำให้ในช่วงแรกของการทำงานควบคุมโรคมีการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์น้อย ผู้ป่วยจะพยายามปิดกั้นตนเองแล้ว ซึ่งส่งผลต่อสิทธิมนุษยชน และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย สวัสดิภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมจากการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ [6] กอปรกับการกล่าวถึงหรือการศึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้หญิงยังค่อนข้างถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นความลับและเป็นเรื่องละเอียดอ่อนค่อนข้างมากในสังคมไทยซึ่งมีความเป็นอนุรักษ์นิยม

อย่างไรก็ตาม จากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการศึกษาเพื่อเข้าใจสถานการณ์และความเป็นจริงเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพทางเพศของผู้หญิงส่วนใหญ่เกิดจากความจำยอมที่จะต้องปฏิบัติตามความคิดของผู้ชาย [7]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่เชื่อมั่นว่า จะทำให้เข้าถึงความเป็นจริงด้านพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง และผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ยิ่งต่อเจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อการช่วยเหลือ และประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นจริง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในสังคม

การเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ตามมุมมองของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีเอง จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการและการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างสอดคล้องกับเงื่อนไข บริบทและความต้องการของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาแท้จริงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด กลุ่มผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัยนี้โดยตรง แต่ผลการวิจัยนั้นสามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำมาประยุกต์ใช้จัดโปรแกรมสุขศึกษาได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะสามารถลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีความรุนแรงและผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นอย่างไร มีเงื่อนไข และให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังติดเชื้อ เอชไอวีจนถึงปัจจุบัน
2. เพื่ออธิบายเงื่อนไขของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่ออธิบายการให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2551 เท่านั้น

นิยามตัวแปรเชิงปฏิบัติการ

1. สุขภาพทางเพศ หมายถึง การมีสุขภาพด้านเพศที่ดี ทั้งกาย ใจ และสังคม ซึ่งไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น แต่มีการให้หมายรวมถึงการมีเจตนาที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มีความเคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล มีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัย และมีความพึงพอใจ ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง
2. พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือความสามารถในการนำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศไปปฏิบัติให้เกิดความความสุข และความพึงพอใจทั้งในด้านร่างกาย ใจ และสังคม มีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ ไม่เกิดความรู้สึกทางลบ รู้จักป้องกันตนเอง ระมัดระวัง ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทางเพศ เช่น ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์เมื่อพร้อม มีการทำแท้งที่ถูกต้อง ปลอดภัย มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่มีการบังคับข่มขู่ หรือกระทำรุนแรงทางเพศ สามารถพูดคุย แสดงความคิดเห็นในเรื่องเพศได้ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และมีความเสมอภาคทางเพศ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถคำถามการวิจัย และกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ตลอดจนแนวคำถามการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อดังนี้

1. สุขภาพทางเพศ
2. เอชไอวี
3. การวิจัยเชิงคุณภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. สุขภาพทางเพศ

1.1 ความเป็นมา “สุขภาพทางเพศ”

WHO ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ในปี พ.ศ.2489 ว่า สุขภาพ หมายถึง “ภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม ที่สมบูรณ์ อยู่ดีมีสุข ไม่ใช่แค่ปราศจากโรคหรือการเจ็บป่วยใดๆ ต่อมาในปี พ.ศ.2529 WHO ได้ขยายขอบเขตของสุขภาพเป็นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อหวังจะทำให้มีสุขภาพที่ดี โดยกล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง พัฒนาสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง เพื่อให้ตรงกับคำกล่าวที่ว่าภาวะร่างกาย จิตใจ สังคม ที่สมบูรณ์ อยู่ดีมีสุข แต่ละบุคคล หรือกลุ่มต้องสามารถระบุความต้องการของตนเองที่แท้จริง เพื่อให้ตรงกับความต้องการ สามารถเปลี่ยนแปลง หรือจัดการกับสภาพแวดล้อมได้ สุขภาพเป็นหลักการทางด้านบวก เน้นถึงสังคม และแหล่งทรัพยากรของบุคคลและความสามารถทางด้านร่างกาย ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพ ไม่เพียงแต่ความรับผิดชอบในด้านสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่รวมไปถึงสุขภาพในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่อยู่ดีมีสุข”

หลักการของสุขภาพทางเพศได้กำเนิดภายในกรอบแนวคิดของ Giani's view เริ่มในปี พ.ศ.2518 ร่วมกับคำจำกัดความ “สุขภาพทางเพศ” ของ WHO ซึ่งเน้นทั้งทางรัฐบาลและความรับผิดชอบส่วนบุคคล หน้าที่ของรัฐบาลรวมถึงการพัฒนานโยบายที่เหมาะสม การบริการที่เพียงพอ และมั่นใจว่าประชาชนมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงการบริการ ในขณะที่แต่ละคนจะต้องมีความรับผิดชอบต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีของตนเองโดยเฉพาะผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยในปี พ.ศ.2523 WHO ต้องเน้นการจำแนก เพศ และ อนามัยเจริญพันธุ์ออกจากกัน เพื่ออธิบายและมีแนวทางในการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข ได้อย่างถูกต้อง [8]

1.2 สุขภาพทางเพศทั่วไป

สุขภาพทางเพศเป็นเรื่องมีการกล่าวถึงกันมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากปัจจุบันปัญหาทางเพศเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยขึ้น และรุนแรงมากขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีความรู้เรื่องเพศไม่ถูกต้อง และไม่มีการต่อยอดรับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง สุขภาพทางเพศมีความสัมพันธ์กับสภาพร่างกายและสุขภาพจิตอย่างแน่นนอน ในการให้ความหมายของสุขภาพทางเพศนั้นมีหลายหน่วยงานที่ได้ให้คำจำกัดความไว้ แต่ก็ยังไม่มีการสรุปความหมายของสุขภาพทางเพศได้อย่างชัดเจน เป็นที่เข้าใจกันอย่างครอบคลุม

คำจำกัดความของ “สุขภาพทางเพศ” ว่าเป็นประสบการณ์ที่ได้รับจากกระบวนการที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางเพศทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม วัฒนธรรม สุขภาพเพศเป็นการแสดงหลักฐานที่ชัดเจนในการเป็นอิสระและการแสดงออกอย่างมีความรับผิดชอบของสมรรถภาพทางเพศที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลและสังคม เพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคมไม่ได้เป็นเพียงการปราศจากความบกพร่อง โรค หรือ ความอ่อนแอ แต่เป็นสิทธิเรื่องเพศของทุกคนที่จำเป็นต้องได้รับการยอมรับและปกป้องเพื่อบรรลุหรือก้าวสู่สุขภาพเพศ [9]

ในกฎหมายของประเทศไทยเองก็มีการให้คำจำกัดความไว้ว่า สุขภาพทางเพศหมายถึง “การมีสุขภาพด้านเพศที่ดีทุกด้าน ทั้งกาย ใจ และสังคม ซึ่งไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น และให้หมายความรวมถึง การมีเจตคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มีความ

เคารพต่อวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของบุคคล มีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติและความรุนแรง”

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายในปี พ.ศ.2545 ว่าสุขภาพทางเพศ หมายถึง “การมีสุขภาพทางเพศที่ดีของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม ซึ่งไม่ได้หมายถึงความเจ็บป่วยจากการเป็นโรค ความพิการ หรือความบกพร่องเท่านั้น สุขภาพทางเพศยังรวมถึงการมีเจตคติที่ดี การยอมรับ ต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และความพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง การที่เรื่องสุขภาพทางเพศจะประสบผลสำเร็จและต่อเนื่องนั้น คนทุกคนจะต้องมีการเคารพในสิทธิทางเพศ มีการป้องกันและมีการทำให้สมบูรณ์” [10]

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพทางเพศสามารถจำแนกโดยสรุปได้ดังนี้ [11]

1. วัยเด็กอนุบาล (3-5 ปี) สุขภาพทางเพศเกี่ยวข้องกับการขับถ่ายและการดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ ไม่ใส่สิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดถั่วต่างๆ เข้าไปในอวัยวะเพศ หรืออวัยวะเพศเกิดความเจ็บปวดจากอุบัติเหตุ เช่น การรูดซิบกางเกง การเล่นที่อันตราย
2. วัยเด็กประถม (6-8 ปี) มีความคล้ายคลึงกับวัยเด็กเล็กในเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ การทำความสะอาดเมื่อขับถ่าย หรือการสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศ / อุบัติเหตุจากการเล่น
3. วัยเด็กประถม (9-11 ปี) การดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศในวัยนี้มีความละเอียดและมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น มีการเลือกและทำความสะอาดชุดชั้นใน ทำความสะอาดอวัยวะเพศ สุขอนามัยขณะมีประจำเดือน การสังเกตความเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติต่างๆ รวมถึงความรู้เรื่องเอดส์และการป้องกัน
4. วัยเด็กมัธยมต้น (12-14 ปี) วัยนี้เริ่มเข้าสู่วัยรุ่น จึงมีองค์ประกอบของสุขภาพทางเพศเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายค่อนข้างมาก เช่น การดูแลสุขภาพอนามัยทางเพศ (ผ้าอนามัย ผืนเปียก และตกขาว) การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (เอดส์ กามโรค และการใช้ถุงยางอนามัย) การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศ (ยารักษาสิว ยาระงับกลิ่นตัว ผ้าอนามัย และเครื่องสำอาง) รวมถึงอนามัยเจริญพันธุ์และความจำเป็นในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดแบบต่างๆ
5. วัยเด็กมัธยมปลาย (15-17 ปี) วัยนี้เป็นเด็กวัยรุ่น ซึ่งสรีระร่างกายจะเปลี่ยนแปลงอย่างเต็มที่ ดังนั้นการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศ จะมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเป็นส่วนตัวค่อนข้างสูง จึงจำเป็นที่จะต้องใส่ใจในเรื่องเพศเป็นพิเศษ ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ความเข้าใจผิดเรื่องสุขอนามัย (ข้อห้ามต่างๆ ขณะมีประจำเดือน คิดว่าประจำเดือนเป็นเลือดเสีย ความเชื่อเรื่องน้ำอสุจิ การทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำยา)

1.3 สุขภาพทางเพศของผู้หญิง

สุขภาพทางเพศของผู้หญิงนั้นมักจะพบปัญหามากกว่าผู้ชาย เนื่องจากความเหลื่อมล้ำทางเพศ สิทธิของผู้หญิงในเรื่องเพศ ขนบธรรมเนียมประเพณีที่ปลูกฝังไม่ให้ผู้หญิงพูดเรื่องเพศ ซึ่งวัยรุ่นหญิงในปัจจุบันก็ยังพบว่ามีปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในวัยรุ่นไทยเองก็พบว่าต้องเผชิญปัญหาสุขภาพทางเพศหลายอย่าง [12] เช่น

- การขาดข้อมูลที่ถูกต้องและบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ : การมีทัศนคติว่าวัยรุ่นเป็นวัยเรียน ไม่ควรสนใจเรื่องเพศ และการไม่มีบริการด้านสุขภาพทางเพศ และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างถูกต้องแก่วัยรุ่นทั้งหญิงและชาย ผลักดันให้วัยรุ่นรับข้อมูลเรื่องนี้จากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่อาจสร้างความเข้าใจผิดให้เกิดขึ้น

- การเผชิญปัญหาสุขภาพทางเพศของวัยรุ่นหญิง : การอบรมเลี้ยงดูให้วัยรุ่นชายมีอิสระในการแสดงออกทางเพศมากกว่าวัยรุ่นหญิง ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงจำนวนมากเผชิญกับการเอาเปรียบทางเพศ และเผชิญกับวิกฤติในชีวิตในกรณีที่เกิดปัญหาดังกล่าวเมื่อไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

- ปัญหาสุขภาพของแม่และเด็กในกรณีที่มิบุตรเมื่ออายุน้อย : การศึกษาในระดับโลกพบว่ากรณีบุตรในขณะที่ยังมีอายุน้อยไม่ถึง 20 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทั้งแม่และเด็กที่สูงกว่ามารดาที่มีอายุเกิน 20 ปี สืบเนื่องมาจากสภาพร่างกายของผู้หญิงที่อายุน้อยยังไม่สมบูรณ์เต็มที่

- การตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม : จำนวนกลุ่มวัยรุ่นมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้นแต่ยังไม่มีบริการด้านการคุมกำเนิดให้แก่วัยรุ่นโดยตรง จึงมีความเป็นไปได้ว่าวัยรุ่นจะต้องเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมต่อไปและอาจก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงที่สุดคือ แผนการในอนาคตอาจต้องหักเหไปสู่จุดที่ร้ายแรงที่สุด ครอบครัวยุติหวังและเสียใจ แต่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นหญิง อาจทำให้ต้องเสียโอกาสทางการศึกษาไม่ได้เรียน

หนังสือต่อ ผลกระทบต่อการทำงาน สร้างความอับอายให้กับพ่อแม่ญาติพี่น้องจนในบางครั้งอาจต้องย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ที่อื่น

- การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย : การทำแท้งเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยและเป็นปัญหาที่พบมากในสังคม แต่ก็ยังมีความต้องการการบริการเรื่องนี้อยู่เสมอทั้งที่การทำแท้งเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ในขณะที่แพทย์ที่จบปริญญาตรีไม่สามารถให้บริการได้ ดังนั้นจึงเกิดมีการให้บริการทำแท้งโดยผู้ที่ไม่มีความรู้ความชำนาญโดยเฉพาะ ด้วยเหตุนี้การเปิดบริการทำแท้งที่มีอยู่ในสังคมไทยจึงไม่สามารถรับประกันคุณภาพ ความปลอดภัย และราคาค่าใช้จ่ายได้ ถึงแม้ว่าการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจะเกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ อาจมีความร้ายแรงถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้

- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ : ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยกามโรคยังคงเกิดขึ้นในหมู่วัยรุ่น ซึ่งสะท้อนภาพการขาดข้อมูลที่ถูกต้องและบริการด้านสุขภาพเฉพาะสำหรับวัยรุ่น และชี้ให้เห็นแนวโน้มที่วัยรุ่นจะเผชิญปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้นอีกในอนาคต

- ความรุนแรงทางเพศ : ความรุนแรงทางเพศเป็นปัญหาที่ปรากฏชัดเจนในสังคมไทย วัยรุ่นหญิงเผชิญกับปัญหาทางกายและจิตใจอันเนื่องมาจากการคุกคาม ลวนลามทางเพศ การเอาเปรียบทางเพศ การข่มขืน การล่อลวงไปค้าประเวณี การละเมิดสิทธิของคอนรักเพศเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นวัยรุ่นชายหรือหญิง การเลือกปฏิบัติต่อวัยรุ่นหญิง เช่น ถูกจำกัดโอกาสทางการศึกษา การทำงาน เป็นต้น

ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นหญิงเหล่านี้ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตได้ ผู้คิดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัยรุ่นใหญ่ อาจเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพทางเพศจากครั้งที่เป็นวัยรุ่นได้

สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้หญิงนั้น ได้รับผลกระทบจากค่านิยมของสังคมต่อการที่บุคคลจะมีสุขภาพทางเพศดีหรือไม่ดี ค่านิยมของสังคมไทยที่ถือว่าผู้ชายกับประสบการณ์ทางเพศเป็นของกลุ่มกัน ไม่ว่าจะเป็นก่อนแต่งหรือหลังแต่ง และไม่จำกัดว่าต้องมีกับภรรยาเพียงคนเดียว ในขณะที่ผู้หญิงไม่ควรจะมีประสบการณ์ทางเพศก่อนแต่งงาน ส่วนหลังแต่งงานก็ต้องมีเพียงสามีคนเดียว และ “การร่วมหลับนอนกับสามี” ยังถือว่าเป็นหน้าที่สำคัญของฝ่ายภรรยา ในขณะที่ผู้หญิงอนามัยเป็นเครื่องมือชนิดเดียวที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ แต่ก็ไม่นิยมใช้ในคู่สามีภรรยา ค่านิยมนี้ส่งผลให้ผู้หญิงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยคิดจากสามีมากที่สุด [13] ผู้หญิงตายด้วยโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์มากกว่าผู้ชายถึง 6.5

เท่า [14] ในเรื่องของการตั้งครรภ์ของผู้หญิงนั้นพบว่าในจำนวนการตั้งครรภ์ 100 ครั้ง มีการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมากถึงร้อยละ 45 ส่งผลให้การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจนี้จบลงด้วยการทำแท้งถึงร้อยละ 16 เมื่อเทียบกับการตั้งครรภ์ที่วางแผนซึ่งมีการทำแท้งร้อยละ 1 เท่านั้น [14] เป็นที่ทราบคืออยู่แล้วว่าการทำแท้งนั้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้หญิง เพราะต้องเผชิญกับการติดเชื้อในกระแสเลือดและมดลูกทะลุ [14] ที่สำคัญการตกเลือดยังคงเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2540 [14] และมีรายงานว่าร้อยละ 4 ของผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์รายงานว่าถูกกระทำรุนแรงทางกายโดยคู่ของตนในขณะที่ตั้งครรภ์ หนึ่งในสี่ของผู้หญิงกลุ่มนี้เคยถูกตอยหรือเตะที่ท้องโดยผู้กระทำส่วนใหญ่คือพ่อของเด็ก [13,14] รวมทั้งผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าประชาชนยังขาดข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น ข้อดีข้อเสียของยาฮอร์โมนวัยทอง การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ที่นำไปสู่มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น [14]

1.4 สิทธิทางเพศ

สิทธิทางเพศที่ได้กล่าวถึงข้างต้นนั้นอาจจะแยกเป็นองค์ประกอบได้ 3 ส่วน คือ

1. มีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบต่อเรื่องทางเพศทุกเรื่อง รวมทั้งการป้องกันและส่งเสริมอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของตน
2. เป็นอิสระต่อการกีดกัน การบังคับขู่เข็ญ ความรุนแรง ในชีวิตทางเพศ และการตัดสินใจเรื่องเพศทุกเรื่อง
3. มีส่วนร่วมในความรับผิดชอบในสัมพันธภาพทางเพศ มีความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน มีความยินยอมพร้อมใจ มีความต้องการและความคาดหวังที่เท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ยังมีคำประกาศสิทธิเรื่องเพศ [8] ไว้ดังนี้คือ

1. สิทธิที่จะมีอิสรภาพทางเพศ (The right to sexual freedom) สามารถแสดงออกเกี่ยวกับสิ่งซ่อนเร้นทางเพศได้อย่างเต็มที่
2. สิทธิที่จะมีอิสระ คุณธรรม และความปลอดภัยทางเพศ (The right to sexual autonomy, sexual integrity, and safety of the sexual body) สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตทางเพศอย่างเป็นอิสระภายในกรอบจริยธรรมของบุคคลและสังคมมีความปลอดภัยทางร่างกาย อันสืบเนื่องจากเรื่องทางเพศ เช่น การทรมานทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ และการขลิบคลิตอริส (mutilation)

3. สิทธิที่จะมีความเป็นส่วนตัวทางเพศ (The right to sexual privacy) สำหรับพฤติกรรมและการตัดสินใจเกี่ยวกับความใกล้ชิดสนิทสนมทางเพศ ครอบคลุมที่ไม่ละเมิดสิทธิทางเพศของผู้อื่น
4. สิทธิที่จะมีความทัดเทียมทางเพศ (The right to sexual equity) เป็นอิสระจากการแบ่งแยกกีดกันทุกรูปแบบ ไม่ว่าโดยเพศ ลักษณะเพศ การกำหนดเพศ (sex orientation) อายุ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม ศาสนา ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ
5. สิทธิที่จะมีความพอใจและยินดีทางเพศ (The right to sexual pleasure) ในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
6. สิทธิที่จะแสดงออกทางเพศ (The right to emotional sexual expression) ตั้งแต่ความพอใจและการปฏิบัติ ไม่ว่าผ่านการติดต่อสื่อสาร การสัมผัส การแสดงออกทางอารมณ์และความรัก
7. สิทธิที่จะมีอิสระเรื่องที่สัมพันธ์กับเรื่องเพศ (The right to sexually associate freely) ตั้งแต่การสมรสหรือไม่สมรส การหย่าร้าง และสร้างความสัมพันธ์ทางเพศในรูปแบบที่ต้องการ
8. สิทธิที่จะมีบุตร (The right to make free and responsible reproductive choices) ตั้งแต่มีบุตรหรือไม่มีบุตร ระยะห่างของการมีบุตร การเข้าถึงการคุมกำเนิด
9. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศ (The right to sexual information based upon scientific inquiry) โดยอ้างอิงกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ด้วยรูปแบบที่เหมาะสมและไม่หมิ่นเหม่ยั่วยุ
10. สิทธิที่จะได้รับความรู้เรื่องทางเพศแบบบูรณาการ (The right to comprehensive sexuality education)
11. สิทธิที่จะได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพเพศ (The right to Sexual Health care)

1.5 รูปแบบสุขภาพทางเพศ (Sexual Health Model)

Robinson BE, Bocking WO และ Rosser S [15] ได้ปรับปรุงรูปแบบสุขภาพทางเพศ เพื่อสามารถเข้าถึงเรื่องเพศซึ่งจะใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ซึ่งรูปแบบสุขภาพทางเพศนี้ได้เริ่มต้นมาจากการรวมกันของประสบการณ์ที่เกิดจากการทดลอง และข้อมูลทางทฤษฎี 3 แหล่ง คือ

1. ลักษณะแนวทางที่จะเข้าถึงเรื่องเพศศึกษา หรือการศึกษาเรื่องเพศอย่างครอบคลุม เพื่อที่เพิ่มความเข้าใจในเรื่องการแสดงออกทางเพศของแต่ละบุคคล และช่วยทำให้วิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศของบุคคลทั่วไปได้มากยิ่งขึ้น

2. การทบทวนวรรณกรรมที่แนะนำเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจง ความสัมพันธ์ แบบแผนของการมีสุขภาพทางเพศจากประสบการณ์ที่ได้รับชุมชน

3. การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับทัศนคติเรื่องเพศ การปฏิบัติ และปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มคนต่างๆ และการตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

องค์ประกอบทั้งสามส่วนนี้ ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถจำแนกออกไปได้ 10 ประเด็น ได้แก่

1. การพูดคุยเรื่องเพศ (Talking about sex) ในมุมมองของรูปแบบสุขภาพทางเพศ นั้นความสามารถที่จะพูดคุยในเรื่องเพศนั้นมีความสำคัญมากที่จะเป็นพื้นฐานในการต่อรองที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยกับบุคคลที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย โดยจะต้องมีทักษะในการพูดจาต่อรอง โน้มน้าวจิตใจ ที่จะให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

2. วัฒนธรรมและอัตลักษณ์ทางเพศ (Culture and sexual identity) วัฒนธรรม และการบ่งบอกความเป็นเพศนั้นมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทัศนคติ การแสดงออกทางเรื่องเพศของแต่ละบุคคลได้ รวมทั้งการที่จะเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือไม่ปลอดภัย ในเรื่องของวัฒนธรรมนั้นอาจกล่าวได้ว่า ถ้ามีการอบรมเลี้ยงดูบุตรสาวให้มีการรักนวลสงวนตัว รักษาความบริสุทธิ์ไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลง หรือทำให้มีสุขอนามัยทางเพศที่ดี

3. สรีระและหน้าที่ทางเพศ (Sexual anatomy and functioning) การรับรู้สรีระทางเพศ และเข้าใจวงจรหน้าที่การทำงานของเพศนั้น จะช่วยให้ผู้หญิงกล้าที่จะพูดต่อรองเพื่อจะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้มากขึ้น เพราะเมื่อผู้หญิงเข้าใจวงจรหน้าที่การทำงานในเรื่องเพศของตนเองแล้วจะทำให้กล้าที่จะพูดเกี่ยวกับเพศตนเองได้อย่างสะดวกใจมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้กล้าที่จะพูดเรื่องเพศกับฝ่ายชายได้ และบางกรณีที่มีผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันนั้น จะมีเพศสัมพันธ์ที่ค่อนข้างยากซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการใช้ถุงยางอนามัยได้

4. การดูแลสุขภาพทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Sexual health care and safer sex) องค์ประกอบของรูปแบบสุขภาพทางเพศนั้นเป็นภาวะสุขภาพทางร่างกาย ซึ่งจำกัด

เฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แต่รวมถึงการรับรู้ลักษณะร่างกายของบุคคล การตรวจอวัยวะเพศของตนเองเพื่อประเมินภาวะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เกิดโอกาสแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีลดลงได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่ไปรับบริการตรวจสุขภาพทางด้านสูตินรีเวช เพื่อตรวจหา มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม หรือสำหรับผู้ชายที่มีการตรวจอวัยวะเพื่อคุมะเร็งต่อมลูกหมาก

5. ความท้าทาย : การเอาชนะอุปสรรคของสุขภาพทางเพศ (Challenges: overcoming barriers to sexual health) ความเสี่ยงหรือความท้าทายต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพทางเพศ ยกตัวอย่างเช่น การกระตุ้นแรงทางเพศ การทำร้ายร่างกาย การบังคับทางเพศ การขายบริการทางเพศ ความอ่อนเพลีย และการแบ่งแยกกีดกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องมีการปรึกษาในเรื่องสุขภาพทางเพศ

6. ภาพลักษณ์ของร่างกาย (Body image) ในวัฒนธรรมที่มีหลากหลายภาพลักษณ์ทางเพศนั้น มักจะมุ่งไปที่ลักษณะความสวยงามของร่างกาย ซึ่งภาพลักษณ์นี้มีความสำคัญมากต่อสุขภาพทางเพศ และอาจมีผลโดยตรงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

7. การสำเร็จความใคร่และความพึงพอใจในเรื่องเพศ (Masturbation and fantasy) การสำเร็จความใคร่และความพึงพอใจในเรื่องเพศนั้นมีผลต่อการการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน การสนับสนุนให้ฝ่ายชายมีความสำเร็จความใคร่อย่างถูกต้องด้วยวิธีการที่ปกติ ปลอดภัย และสร้างทัศนคติที่ดี จะช่วยลดความกดดันต่อฝ่ายหญิงได้เพราะการสำเร็จความใคร่อาจทำให้ความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนนั้นลดน้อยลง

8. เพศสัมพันธ์ในเชิงบวก (Positive sexuality) โดยทั่วไปโปรแกรมสุขศึกษาหรือกลวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จะเน้นในเรื่องของความเสี่ยงและการเกิดโรคเท่านั้น ต่อมามีการพัฒนาเพื่อเข้าถึงสุขภาพทางเพศโดยศึกษาในช่วงชีวิตที่เป็นไปตามความเป็นจริงของบุคคล ซึ่งศึกษาค้นพบว่า การมีความคิด หรือทัศนคติทางด้านบวกต่อเรื่องเพศนั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของรูปแบบสุขภาพทางเพศ

9. คู่รักและความสัมพันธ์ (Intimacy and relationships) ความใกล้ชิดสนิทสนมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนทุกคนที่จะสร้างความสัมพันธ์ต่อกัน ความสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมมีผลกระทบต่อการตัดสินใจที่จะเลือกมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และเป็นพื้นฐานในการมีสุขภาพทางเพศที่ดี ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ยกตัวอย่างเช่น การที่บุคคลเลือกใช้อย่างอนามัยกับคู่นอนที่ไม่แน่นอนมากกว่าคู่นอนที่ประจำ ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าว

10. จิตวิญญาณ (Spirituality) ในคำจำกัดความของสุขภาพทางเพศกล่าวถึงความสอดคล้องกันระหว่างความเชื่อในเรื่องความถูกต้อง จิตวิญญาณ จริยธรรมจรรยาของบุคคล และพฤติกรรมทางเพศ ความมีคุณค่าทางเพศของบุคคล ในหลักการนี้ จิตวิญญาณอาจรวมหรือไม่รวมการชี้เฉพาะในเรื่องรูปแบบทางศาสนา แต่จำเป็นจะต้องใส่ใจในเรื่องของจริยธรรมจรรยา และคุณธรรม

1.6 ความเหลื่อมล้ำทางเพศ

กรอบความคิดว่าด้วยมนุษย์และการบังคับทางเพศนั้น ในบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ สิทธิ และเสรีภาพทางสังคม ความเหลื่อมล้ำทางเพศหรือความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชายและหญิงเป็นปรากฏการณ์สากลที่เกิดขึ้นในแทบทุกสังคมทั่วโลก ในรูปแบบและระดับที่แตกต่างกันออกไป คนส่วนใหญ่ก็มักยอมรับความเป็นจริงข้อนี้ แต่ด้วยเหตุผลและวิถีคิดที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปแล้ว คำอธิบายความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำระหว่างชายกับหญิง เป็นคำอธิบายบนพื้นฐานของธรรมชาติ ผู้ชายมีความเข้มแข็ง ในขณะที่ผู้หญิงเป็นเพศอ่อนแอ ดังนั้นจึงเป็นการสมควรที่ผู้ชายจะเป็นเพศที่มีอำนาจและสิทธิสูงกว่าเพศอื่นในโลกแห่งการเอาตัวรอดและการแก่งแย่งช่วงชิงกันเพื่อตัดวงจรทรัพยากรธรรมชาติอันจำกัด เมื่อความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำทางเพศเป็นผลิตผลของธรรมชาติ สิ่งนี้จึงเป็นสิ่งที่ถูกต้องชอบธรรมและอธิบายได้ด้วยกฎเกณฑ์ธรรมชาติแห่งการมุ่งเอาตัวรอดอันเป็นกฎเกณฑ์ที่เชื่อกันว่าเป็นพื้นฐานแห่งวิวัฒนาการของสรรพสิ่งมีชีวิตทั้งปวงตลอดมาทุกยุคทุกสมัย

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา ขบวนการเรียกร้องสิทธิสตรีและความเสมอภาคเท่าเทียมทางเพศ ได้เริ่มก่อตัวขึ้นเป็นขบวนการทางการเมืองในสังคมตะวันตก และลามเลียมาสู่ประเทศโลกที่สามในลักษณะหนึ่ง การต่อสู้เรียกร้องของขบวนการสิทธิสตรี ได้ก่อให้เกิดมิติและมุมมองใหม่ๆ เกี่ยวกับประเด็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการต่อสู้ทางการเมืองเรื่องเช็กส์ และการลุกขึ้นมาถึงการเปิดตัวของขบวนการเกย์และเลสเบี้ยน ที่ก้าวออกมาจากมุมมืดมาต่อต้านการกดขี่บังคับครอบงำและการตีตราประณามจากสังคม การลุกขึ้นเรียกร้องสิทธิและความเสมอภาคทางสังคมของขบวนการสิทธิสตรี ดูเหมือนว่าจะมีความชอบธรรมและถูกต้องด้วยเหตุผลเป็นอย่างยิ่ง เพราะคงไม่มีใครรับรู้และเข้าใจถึงความเหลื่อมล้ำและการเอารัดเอาเปรียบทางเพศได้ดีเท่ากับผู้หญิง เนื่องด้วยเป็นเพศที่ “ถูกกระทำ” มาเป็นเวลานาน ความแตกต่างทางด้านกฎหมาย การประกอบอาชีพ ค่าจ้างแรงงาน โอกาสในการศึกษาเล่าเรียน ตลอดจนประเด็นปัญหาเรื่องการทำแท้ง การประกวดนางงาม ฯลฯ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นในการประท้วงต่อสู้เรียกร้อง

ความเท่าเทียม ซึ่งทวีความแหลมคมมากขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาการเมืองเรื่องเช็คว่าด้วยสิทธิสตรีนำไปสู่การเรียกร้องสิทธิของเกย์เลสเบียน และปัญหาสิทธิของเด็ก ซึ่งถูกหยิบยกขึ้นมามองในฐานะเป็นชนกลุ่มน้อยอีกกลุ่มหนึ่งที่ถูกลดบังคับโดยสังคมตลอดมาทุกยุคทุกสมัย [16]

ผู้นำขบวนการสิทธิสตรีเอง ก็มักอธิบายปมปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเพศจากพื้นฐานความแตกต่างทางธรรมชาติเช่นเดียวกัน เฟมินิสต์บางท่านถึงกับประกาศถือว่า ร่างกายผู้หญิง เป็นเสมือนคัง วิหารแห่งการกตัญญู ผู้หญิงจะสามารถปลดแอกแห่งการเอารัดเอาเปรียบได้ก็ต่อเมื่อเธอปฏิบัติเช่นผู้ชาย ปฏิเสธการตั้งครรภ์ ปฏิเสธภาระหน้าที่และบทบาทที่สังคมยึดเยียดให้ความเหลื่อมล้ำทางเพศดูหมิ่นว่ามีสาเหตุมาจาก “ความเห็นแก่ตัว” ของผู้ชาย ซึ่งใช้ความได้เปรียบตามธรรมชาติเป็นพื้นฐานในการ “กตัญญู” และสร้างกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานเชิงซ้อน (double standard) ขึ้นมาเอารัดเอาเปรียบผู้หญิง กล่าวคือ พฤติกรรมเดียวกันนั้นหากเพศชายเป็นผู้กระทำ สังคมจะให้คุณค่าอย่างหนึ่ง แต่ถ้าเพศหญิงเป็นผู้กระทำ สังคมก็จะให้คุณค่าอีกอย่างหนึ่ง ยกตัวอย่างเช่น การมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้อื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยาของตน หากฝ่ายชายกระทำ สังคมเรียกว่าการมีเมียน้อย ถ้าฝ่ายหญิงเป็นผู้กระทำ สังคมกลับเรียกว่าผู้หญิงมีชู้ นัยยะสำคัญที่แฝงอยู่กับถ้อยคำทั้งสองนี้สะท้อนอย่างชัดเจนว่าสังคมมีมาตรฐานสองชั้นในการปฏิบัติต่อผู้ที่มีเพศสภาพเป็นหญิง และผู้ที่มีเพศสภาพเป็นชาย [17]

สำหรับในประเทศไทยเองสถานภาพของผู้หญิงก็ไม่ชัดเจน เนื่องจากงานวิจัยยังกระจัดกระจายทำให้ไม่สามารถมองภาพรวมอย่างชัดเจนได้ อีกประการหนึ่ง ความขัดแย้งกัน ทั้งในความเป็นจริง และผลการศึกษาเอง ในระดับหนึ่งมองว่าผู้หญิงไทยมีสถานภาพและอำนาจการตัดสินใจสูง ถ้ามองจากตัวชี้วัดบางตัว เช่น ระดับการศึกษา (ภาวะการอ่านออกเขียนได้) การมีส่วนร่วมในแรงงาน ความสัมพันธ์ของสามีภรรยา มีลักษณะเท่าเทียมกัน และในสังคมไทยเป็นสังคมที่ไม่มีการเน้นความสำคัญของการมีลูกชาย และที่สำคัญที่สุดผู้หญิงมีอำนาจการตัดสินใจค่อนข้างสูงในหลายๆ เรื่องถ้าเทียบกับในสังคมอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ความขัดแย้งในข้อมูลก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้หญิงมีอำนาจการตัดสินใจในบางเรื่อง แต่ไม่มีอำนาจการตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น เรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ หรือผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมในแรงงานสูง แต่ในบางกรณีได้ค่าจ้างต่ำกว่าผู้ชาย เป็นต้น ในขณะที่ความเชื่อทางศาสนาแล้ว สถานภาพของผู้หญิงยังต่ำกว่าผู้ชายมาก ในกรณีที่เห็นได้ชัดว่าความสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิง ไม่เท่าเทียมกันมักมีปรากฏการณ์ที่ไม่เป็นผลดีต่อการดำเนินชีวิตของทุกฝ่าย เช่น ทำให้เกิดการบังคับ ข่มขืนในกลุ่มผู้หญิง [16]

ความเหลื่อมล้ำทางเพศหรือความไม่เสมอภาคทางเพศนั้นก่อให้เกิดปัญหานามัยเจริญพันธุ์และเป็นปัญหาด้านสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้หญิงซึ่งสังคมได้วางบทบาทให้รับผิดชอบตัวซึ่งทำให้ไม่มีความรู้เรื่องเพศ ไม่กล้าพูด ไม่กล้าถาม ทำให้มีอำนาจต่อรองเพื่อสุขภาพทางเพศของตนเองน้อยกว่าผู้ชาย อีกทั้งเพศชายจะเป็นฝ่ายกุมอำนาจทางสังคมอย่างที่เราเรียกว่า “ระบบพ่อบ้าน” หรือ Patriarchy ซึ่งมีลักษณะเด่น คือ การสร้างความชอบธรรมให้แก่ความไม่เท่าเทียมกันของคนในสังคม ซึ่งไม่ใช่เพียงความไม่เสมอภาคระหว่างเพศเท่านั้น [18]

1.7 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

การจัดเกลาทางสังคมระหว่างชายกับหญิง (gender) เกี่ยวกับเรื่องเพศ (sexuality) เป็นตัวกำหนดบทบาทและฐานะ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง (gender relationship) ที่สำคัญโดยเฉพาะความเชื่อที่ว่า “หญิง” เป็นเพียงวัตถุทางเพศในการตอบสนองความต้องการของเพศ “ชาย” มีอิทธิพลที่ทำให้หญิงและชายมีบทบาท ความคาดหวัง และพฤติกรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งความรู้สึกละแวกกระตุ้นในเรื่องเพศของหญิงและชาย การตอบสนองในเรื่องเพศและความสัมพันธ์ที่ชายหญิงมีต่อกัน เจตคติและพฤติกรรมทางเพศของหญิงและชายจึงเป็นผลผลิต จากการจัดเกลาของสังคมที่แตกต่างกัน ส่งผลกระทบบัให้มีพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันไปด้วย [19]

ความรู้และประสบการณ์ในเรื่องเพศรวมถึงเพศศึกษาสำหรับสตรีในสังคมไทย มักจะยึดถือเป็นธรรมเนียมประเพณีในการอบรมสั่งสอนบุตรหลาน ที่เห็นได้จากตำนาน นิทาน สุภาษิตและคำพังเพยที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ชีวิตสมรสกับสังคมจะมีเอกลักษณ์ของสตรีเพศที่จะต้องได้รับการอบรมเสมอ คือ การที่หญิงไทยต้องรักษาวล สงวนตัวไม่ซิงสุกก่อนห้าม [19] มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในสังคมไทยในประเด็นความไม่เสมอภาคทางเพศ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงาน จำนวนคู่สัมพันธ์ทางเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ที่ไม่ใช่คู่ที่ตกลงอยู่กินร่วมกัน การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นมาตรฐานเชิงซ้อน (double standard) ที่มีอยู่ในสังคมไทยชัดเจน เช่น สังคมยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของผู้ชาย แต่ไม่ยอมรับในกรณีของผู้หญิง [19] บทบาททางเพศที่ได้รับการจัดเกลาจากสังคมนี้มีผลให้ชายและหญิงมีบทบาทความคาดหวังพฤติกรรมทางเพศที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งรวมถึงความรู้สึกละแวกกระตุ้นในเรื่องเพศ การตอบสนองและความสัมพันธ์ที่หญิงและชายมีต่อกัน เป็นประเด็นสำคัญที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพทางเพศ

(sexual health) ซึ่งอาจวัดได้จากความสุขและความพึงพอใจที่ได้รับจากการมีเพศสัมพันธ์ อัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ตลอดจนท่าทางและอันตรายที่ได้รับจากการทำแท้งนั้นๆ การเรียนรู้ในเรื่องเพศทำให้บุคคลสามารถจัดการความกลัว ความสงสัย ความกังวลตลอดจนความรู้สึกทางลบเกี่ยวกับเรื่องเพศ อีกทั้งเรียนรู้ในเรื่องการป้องกันตนเอง รู้จักดูแลตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทางเพศดังกล่าว

นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยบางชิ้นที่ได้กล่าวถึงการแสดงออกทางด้านเพศของชายและหญิง ซึ่งได้กล่าวถึงความคิดของผู้หญิงต่อผู้ชายในแง่ของการมีเพศสัมพันธ์ มีผู้หญิงบางคนมองว่าการมีลูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรงข้ามเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมแต่บางครั้งก็เป็นเรื่องยากสำหรับความต้องการทางเพศระหว่างหญิงกับชายที่คบกันในฐานะคู่รัก ส่วนใหญ่นั้นจะค่อนข้างเป็นในเชิงความจำยอมต่อฝ่ายชาย เพื่อรักษาความสัมพันธ์ของคู่รักต่อไป มีหญิงสาวคนหนึ่งมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักก่อนที่จะแต่งงานเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมแต่ก็ยินยอมที่จะให้มีการลูกเนื้อต้องตัวระดับหนึ่ง คือการยอมให้จับมือแต่ไม่ยอมให้กอดหรือจูบ เนื่องจากมีความคิดว่า การกอดหรือจูบนั้น ทำให้ฝ่ายชายเชื่อว่าผู้หญิงยินยอมที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วยและการกอดหรือจูบนั้นก็ยากที่จะหยุดลงเพียงแค่นั้นสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย การที่ครอบครัวรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างฝ่ายหญิงและฝ่ายชายมีการวางแผนว่าจะแต่งงานกันแน่นอน สิ่งนี้ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงยินยอมที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก เรื่องราวความคิดของผู้หญิงรายนี้ดูเหมือนว่ายังสามารถที่จะรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อรองกับฝ่ายชายได้ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ แต่ยังมีอีกหลายความคิดของผู้หญิงคนอื่นๆ ที่ยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์กับคนรักเพื่อที่ฝ่ายชายจะได้ไม่ต้องไปจากผู้หญิง ในกรณีอื่นๆ เช่น ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วบางครั้งก็จำเป็นที่จะต้องมีการมีเพศสัมพันธ์ที่พิเศษขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์แบบปกติทางช่องคลอด เพื่อให้สามีเกิดความประทับใจ และไม่ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น หรือหญิงขายบริการ ซึ่งก็จะเป็นความเสี่ยงที่สามีจะนำโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาให้กับภรรยาโดยไม่รู้ตัว [20]

จะเห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของฝ่ายหญิงนั้นถึงแม้ว่าจะมีการระมัดระวังในการที่จะดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องเพศ การป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ แต่ก็ยังไม่สามารถทำได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากความต้องการของตนเอง และคนรัก ซึ่งอิทธิพลจากคนรักหรือฝ่ายชายนั้นค่อนข้างมากและยากที่จะจัดการหรือตกลงให้อยู่ในขอบเขตที่ฝ่ายหญิงต้องการ

2. เอชไอวี

2.1 ความรู้ทั่วไป

HIV หรือ Human Immunodeficiency Virus หมายถึง เชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อติดเชื้อ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อไวรัส (CD4) แต่ไม่สามารถกำจัดได้หมด เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่ต่อไปได้ และจะทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อไวรัสเอชไอวีพบมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รองลงมาคือน้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณไวรัสเอชไอวีน้อย สำหรับเชื้อปัสสาวะ และอุจจาระ แทบไม่พบเลย แม้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีจะปะปนในของเหลวที่ออกจากร่างกาย แต่พบว่าโอกาสแพร่โรคมิเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น

CD4 หรือซีดี 4 หมายถึง เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เป็นตัวหลักในการกำจัด และควบคุมเชื้อโรคนานาชนิด อีกทั้งมีบทบาทในการสร้างสารภูมิคุ้มกันให้ร่างกายใช้เป็นอาวุธต่อสู้กับเชื้อโรคด้วย ซึ่งการตรวจซีดี 4 สามารถทำได้โดยการตรวจเลือดเพื่อนับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดี 4 ในเลือดประมาณ 1 หยด โดยทั่วไปคนที่มีภูมิคุ้มกันปกติจะมีจำนวนซีดี 4 ประมาณ 700 เซลล์ต่อซีซี ขึ้นไป ถ้าหากผลการตรวจซีดี 4 มีค่าน้อยกว่า 500 เซลล์ต่อซีซี ก็ถือว่าภูมิคุ้มกันเริ่มบกพร่องแล้ว [21]

อาการของโรคเอดส์ มี 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ ผู้ติดเชื้ออาจจะไม่มีอาการผิดปกติแต่อย่างใด สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ เลือดจะให้ผลบวกหลังรับเชื้อประมาณ 6 สัปดาห์ ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อจำนวนมากจะอยู่ในระยะนี้ และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็อาจถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่อไปได้

2. ระยะที่มีอาการ เป็นระยะเริ่มปรากฏอาการ ในระยะนี้นอกจากเลือดจะให้ผลบวกแล้วยังอาจมีอาการใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น

- มีเชื้อราในปากและลำคอ
- ต่อมน้ำเหลืองโต ที่บริเวณ คอ รักแร้ ขาหนีบ
- เป็นงูสวัด หรือแผลริมชนิดลุกลาม

- มีอาการเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผื่นนํ้าก้น แสบ น้ำหนักลด

3. ระยะโรคเอดส์ ภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยถูกทำลายมากทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่มักไม่เป็นคนปกติ ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีหลายชนิด ขึ้นอยู่กับการติดเชื้อนั้น เกิดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น

- วัณโรคที่ปอด จะมีอาการ ไข้เรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบ น้ำหนักลด
- ปอดบวม หรือปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี
- เชื้อราในทางเดินอาหาร จะมีอาการ เจ็บคอ กลืนลำบาก
- เชื้อเห็บสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตค็อกคัส จะมีอาการปวดศีรษะ คอแข็ง คลื่นไส้ อาเจียน [21,22]

ช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทาง คือ

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ได้รับการป้องกันที่เหมาะสม เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น เช่น การมีแผลเปิด จากข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา พบว่ากว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเอดส์ ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสเอชไอวีในเลือด พบได้ใน 2 กรณี คือใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักพบในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นรับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวด ต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อความปลอดภัย [21]

3. การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดและหลังคลอด โดยผ่านทางน้ำนมแม่ การถ่ายทอดเชื้อในแต่ละระยะมีปัจจัยเสี่ยงอัตราเสี่ยงโอกาสในการป้องกัน ตลอดจนการดำเนินโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันออกไป โดยทั่วไปเมื่อใช้วิธีการตรวจภาวะติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดออกมาและไม่ได้กินนมแม่ด้วยการเพาะเชื้อเอชไอวี หรือการตรวจ HIV DNA ด้วยวิธี polymerase chain reaction มักจำแนกได้ว่า เด็กติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์มารดาเมื่อตรวจพบเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีดังกล่าวภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด และจำแนกว่าเด็กติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการคลอดเมื่อตรวจไม่พบเชื้อเอชไอวีภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอดแต่ตรวจพบเชื้อหลังคลอดแล้วหลายวัน การศึกษาในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้กินนมแม่พบว่าเป็นการติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์คิดเป็นร้อยละ 30 อีกร้อยละ 70 ติดเชื้อ

ระหว่างการคลอด สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอดผ่านทางน้ำนมแม่พบว่า มีอัตราร้อยละ 3-9 ต่อปีที่เด็กกินนมแม่โดยมีอัตราเฉลี่ยโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 7-22 [23]

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระยะทารกอยู่ในครรภ์เกิดขึ้นได้โดยเชื้อผ่านทางรกอยู่ในครรภ์เกิดขึ้นได้โดยเชื้อผ่านทางรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีมีการติดเชื้อที่กร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้โอกาสในการถ่ายทอดเชื้อสูงขึ้น นอกจากนั้นการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวียังเกิดได้จากการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากเลือดแม่สู่เลือดลูก โดยเฉพาะกรณีที่มีการอักเสบของรก แม้ว่าการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในระยะตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ แต่มีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยพบว่าการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีน่าจะเกิดขึ้นในระยะท้ายของการตั้งครรภ์เป็นส่วนใหญ่ [23]

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกระหว่างคลอดเกิดได้จากการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากเลือดแม่สู่เลือดลูก และการติดเชื้อจากเลือดหรือสารคัดหลั่งในช่องคลอดของแม่ผ่านทางผิวหนังและเยื่อของลูกมีการศึกษาพบว่าหากระยะเวลาของการคลอดยาวนานหลังจากถุงน้ำคร่ำแตกจะทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกสูงขึ้น การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจะลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลงได้มากกว่าการคลอดทางช่องคลอด [23]

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกหลังคลอดผ่านทางน้ำนมแม่เกิดขึ้นได้เนื่องจากเชื้อเอชไอวีในน้ำนมแม่ผ่านเข้าสู่ลูกทางเยื่อทางเดินอาหารของลูก การศึกษาในประเทศไทยพบว่า หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงให้เด็กที่คลอดจากแม่ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีกินนมผสมแทนนมแม่ทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกลดลงอย่างชัดเจน [23]

2.2 สถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน

2.2.1 ประวัติของโรคเอดส์

มีรายงานครั้งแรกว่าพบผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี (AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome) ในปี ค.ศ. 1981 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 ก็มีการค้นพบเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุในการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ชื่อว่า HIV (Human Immunodeficiency Virus) หลังจากนั้นทางการแพทย์ เริ่มที่มีการคิดค้นชุดตรวจการติดเชื้อ HIV (anti-HIV) ในปี ค.ศ. 1985 และเริ่มมีการทดสอบวัดซิเอนเอดส์ครั้งแรกในปีต่อมา ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ก็เริ่มที่จะไม่สบายจนโรคดำเนินไปสู่ระยะที่เป็นเอดส์ ถึงแม้ว่าจะมียาต้านไวรัสเอดส์ AZT ซึ่งเป็นยาตัวแรกที่มีการ

จำหน่ายแล้วก็ตาม การรักษายังไม่ประสบความสำเร็จ จนกระทั่งในปี ค.ศ.1996 จึงค้นพบว่าการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษาผู้ป่วยให้มีชีวิตได้นานเหมือนคนปกติจะต้องใช้ยาต้านไวรัสเอดส์หลายตัวผสมกัน (HAART = Highly Active Antiretroviral Therapy) เอดส์จึงกลายเป็นโรคที่รักษาได้ แม้จะไม่หายขาด [24]

2.2.2 สถานการณ์โรคเอดส์ทั่วโลก

จากการรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลกล่าสุด (ธันวาคม พ.ศ. 2546) โดย UNAIDS/WHO พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 34-46 ล้านคน จำแนกเป็นผู้ใหญ่ประมาณ 31-43 ล้านคน เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1-2.9 ล้านคน และเป็นหญิงวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณเกือบ ร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยทั่วโลกวันละ 6,000 กว่าคน และใน Sub-Saharan Africa พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงวัยรุ่น ถึงร้อยละ 75 [25]

UNAIDS คาดประมาณว่า สิ้นปี พ.ศ. 2547 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ทั้งสิ้น 39.4 ล้านคน (range 35.9-44.3 ล้านคน) โดยอยู่ในทวีปแอฟริกามากที่สุด 26.0 ล้านคน เอเชีย 8.2 ล้านคน อเมริกาใต้ 2.1 ล้านคน ยุโรป 2.0 ล้านคน และอเมริกาเหนือ 1.0 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อใหม่ทั่วโลก 4.9 ล้านคน (range 4.3-6.4 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลก 3.1 ล้านคน (range 2.8-3.5 ล้านคน) (ประพันธ์ กานูภาค, 2548: 2)

2.2.3 สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

นับแต่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อปีพ.ศ. 2527 โดยสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมาเชื้อเอชไอวีได้เริ่มแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน และการระบาดเริ่มรุนแรงในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และได้แพร่ไปยังกลุ่มหญิงบริการเพศ ชายนักเที่ยว หญิงทั่วไป และทารกที่ติดเชื้อจากมารดา

สถานการณ์โรคเอดส์ ณ วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2547 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการแล้วและผู้ป่วยเอดส์ ถูกรายงานทั้งสิ้น จำนวน 322,565 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 74,356 ราย ซึ่งแนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีตที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 26.2 รองลงมา กลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.6 และกลุ่มอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 16 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ที่ประกอบอาชีพการใช้แรงงานรับจ้างทั่วไป ขับรถรับจ้าง กรรมกร ร้อยละ 46.7 และอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 20.9 สาเหตุของ

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.7 โดยพบในชายรักต่างเพศ ร้อยละ 58.4 หญิงรักต่างเพศ ร้อยละ 23.2 รองลงมา คือ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มที่ติดเชื้อจากมารดา และกลุ่มรับเลือด ตามลำดับ [26]

จากรายงานล่าสุดของสำนักโรคติดต่อทั่วไปเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2549 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 307,114 ราย เสียชีวิตแล้วจำนวน 85,459 ราย แนวโน้มของการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเอดส์ลดลง กว่าอดีตที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538-2548) ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.84 รองลงมาอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 24.26 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 17.31 และเด็กที่อายุ 0-14 ปี ร้อยละ 4.18 ตามลำดับ [2] ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอัตราป่วยเอดส์ในกลุ่มหญิงวัยรุ่นมีอัตราป่วยสูงกว่าวัยรุ่นชาย 2:1 ซึ่งทำให้ต้องพิจารณา หรือศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมในเรื่อง เพศของเด็กวัยรุ่นในยุคใหม่ที่เปลี่ยนไปจากในอดีต กลุ่มวัยรุ่นที่มี อายุ 15-19 ปี และอายุ 20-24 ปี มีแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์สูง ในปี พ.ศ. 2539-2540 อัตราการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด และมีแนวโน้มที่ลดลงในปีต่อ ๆ มาจนถึงปัจจุบันในทั้งสองกลุ่มอายุ [25]

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยในประเทศไทย 5 อันดับแรกในประเทศไทยเรียงตามลำดับ [22] ดังนี้

1. Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary
2. Pneumocystis carinii pneumonia
3. Cryptococcosis
4. Candidiasis ของหลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด
5. Recurrent Pneumonia (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

อัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงาน 5 อันดับแรก พบใน Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary 81,955 ราย (ร้อยละ 29.74) รองลงมาโรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis carinii pneumonia 58,433 ราย (ร้อยละ 21.21) Cryptococcosis 44,061 ราย (ร้อยละ 15.99) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม (Trachea, bronchi) หรือปอด 14,568 ราย (ร้อยละ 5.29) และ Pneumonia recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 10,251 ราย (ร้อยละ 3.72) ตามลำดับ [25]

2.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์

เชื้อไวรัสเอชไอวีที่กล่าวไว้แล้วในข้างต้นจะเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกัน ของบุคคลนั้นเสื่อมหรือบกพร่อง ทำให้เสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคได้ง่าย และเกิดการเจ็บป่วย เชื้อเอชไอวีนี้จะมีปริมาณมากในเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพบจำนวนน้อยในน้ำลาย น้ำนม และน้ำปัสสาวะ อย่างไรก็ตาม แม้จะพบเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ในน้ำและของเหลวของร่างกาย แต่การติดต่อจะเป็นไปได้ทางเลือด น้ำเหลือง น้ำอสุจิ และน้ำเมือกในช่องคลอดเป็นส่วนใหญ่ สรุปแล้วนั้นเชื้อเอชไอวี จะติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ป้องกัน ทางเลือด ซึ่งรวมถึงการใช้เข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี (ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น) หรือ ได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี (เลือดบริจาค), การติดต่อทางอื่นๆ ได้แก่ จากแม่สู่ลูก ในขณะที่ตั้งครรภ์ หรือระหว่างคลอด, น้ำนมของแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี, ถูกเครื่องมือที่เปื้อนเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวีบาดหรือตำ, เจาะหูหรือสักตามตัว ด้วยเครื่องมือที่เปื้อนเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี

ดังนั้นเราสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ โดยการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ด้วยการใส่ถุงยางอนามัย หรือผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี, หลีกเลี่ยงการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด, ระวังระวังให้เลือดบริจาคปลอดจากเชื้อเอชไอวี, ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ เป็นต้นว่าในการใช้เครื่องมือ การจัดการปณเปื้อน การกำจัดของเสีย และการป้องกันในสถานะแวดล้อม [27]

การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดี ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็จะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความรู้ทั่วไปของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยจัดเป็นเครื่องมือแพทย์ และเป็นเครื่องมือแพทย์อันเดียวที่คุณไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์แต่ก็สามารถใช้ได้ เมื่อถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือแพทย์ก็ต้องมีกฎหมายรับรอง ต้องมีประกาศมาตรฐาน ควบคุมการผลิต กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเป็นกฎกระทรวงฉบับที่ 11 พ.ศ.2535 ว่าเป็นถุงยางอนามัยเป็นเครื่องมือแพทย์ เป็นอุปกรณ์ที่ทำจากน้ำยางธรรมชาติ น้ำยางสังเคราะห์หรือวัสดุอื่น ใช้สวมอวัยวะเพศชายเพื่อการคุมกำเนิด หรือใช้เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาข้อมูล พบว่าถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพดี และใช้อย่างถูกต้องให้มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 97 และถุงยางอนามัยใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากการวิจัยเบื้องต้นพบว่า เชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ ไม่สามารถผ่านทะลุถุงยางอนามัย [28]

การพิจารณาการเลือกถุงยางอนามัย

1. พิจารณาคูคลองที่บรรจ จะต้องไม่พิมพ์ข้อความเลอะเลือน หรือมีสีซีด เพราะแสดงว่าผู้ขายเก็บสินค้าไม่ดี ถูกแสงแดด หรือน้ำ ซึ่งทำให้คุณภาพของถุงยางอนามัยเสื่อมได้
2. ดูวันหมดอายุบนกล่อง หรือซอง
3. พิจารณาซองที่บรรจุ ซึ่งโดยมากจะทำด้วยอลูมิเนียมฟอยด์และพีวีซี ซองจะต้องไม่สกปรก สีซีด ต้องไม่มีรอยแยกของชั้นฟอยด์ บริเวณริมๆ ซองหากพบรอยร้าวไม่ควรซื้อมาใช้
4. ถุงยางอนามัยต้องไม่มีกลิ่นผิดปกติ นอกจากจะทำให้เสียอารมณ์แล้วยังแสดงว่าถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ ไม่ควรนำมาใช้งาน ซึ่งนอกจากถุงยางอนามัยจะฉีกขาดได้ง่ายแล้วอาจก่อให้เกิดอาการแพ้หรือระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณที่สัมผัสได้อีกด้วย

3. การวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1 ความเข้าใจเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นคำรวมๆ ที่มีความหมายครอบคลุมถึงการดำเนินการวิจัยทางสังคมศาสตร์หลายวิธี ซึ่งมีชื่อเฉพาะแตกต่างกันไป การวิจัยเชิงคุณภาพมีแนวทางและวิธีการในการดำเนินงานที่มีลักษณะเฉพาะของตนเอง แตกต่างจากแนวทางของการวิจัยเชิงปริมาณ วิธีการเชิงคุณภาพอิงอยู่กับแนวทางดำเนินการ แบบอุปนัย (inductive) มากกว่าที่จะเป็น แบบนิรนัย (deductive) จากการศึกษาของ ชาย โพธิ์สีดา (2549) [29] ได้รวบรวมการให้นิยามและความหมายของการวิจัยคุณภาพไว้หลายคน เช่น

John W. และ Creswell Z (1998: 15) [29] กล่าวว่า “การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นกระบวนการค้นคว้าวิจัยเพื่อหาความเข้าใจบนพื้นฐานของระเบียบวิธีอันมีลักษณะเฉพาะที่มุ่งการค้นหาคำตอบปัญหาทางสังคม หรือปัญหาของมนุษย์ ในกระบวนการนี้ นักวิจัยสร้างภาพหรือข้อมูลที่ซับซ้อน เป็นองค์รวม วิเคราะห์ข้อความ รายงานทัศนะของผู้ให้ข้อมูลอย่างละเอียด และดำเนินการศึกษาในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ จุดเน้นของ Creswell อยู่ที่ภาพหรือข้อมูลที่

ซับซ้อนเป็นองค์รวม ซึ่งหมายถึง การบรรยายรายละเอียดอันซับซ้อนของสิ่งที่ศึกษา เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นประเด็นของสิ่งนั้นได้หลายด้าน”

Rice และ Ezzy (1999:1) [29] มองการวิจัยเชิงคุณภาพว่า “เป็นการให้ความสำคัญแก่การตีความหมาย มุ่งทำความเข้าใจกระบวนการสร้าง และสร้างไว้ซึ่งความหมาย ที่สลับซับซ้อนและละเอียดอ่อน จุดมุ่งหมายของการวิจัยแบบนี้ อยู่ที่การกรองเอาข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์หรือการกระทำ โดยคงไว้ซึ่งบริบทของเหตุการณ์หรือการกระทำเหล่านั้นและทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาที่ให้รายละเอียดเป็นบูรณาการ คือ เชื่อมโยงเหตุการณ์เข้าในระบบความหมายและแบบแผนทั้งหมด” อย่างไรก็ตาม ไม่อาจกล่าวได้ว่า การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นทฤษฎีหรือเป็นเทคนิคที่ใช้ได้ตลอดเวลา ตรงกันข้าม การวิจัยเชิงคุณภาพนำเอาแนวคิดทางทฤษฎีหลากหลายมาใช้ในการศึกษา เช่น ทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ทฤษฎีปฏิสังสรรค์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interactionism) ทฤษฎีว่าด้วยการศึกษาวัฒนธรรม (Cultural Studies) จิตวิทยา (Psychology) และทฤษฎีสตรีนิยม (Feminism) นอกจากนี้ยังนำเอาวิธีการเก็บข้อมูลหลายอย่างมาใช้ เช่น การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์เชิงพรรณนา วิธีการเชิงชาติพันธุ์วรรณา และวิธีการสนทนากลุ่ม เป็นต้น

คำนิยามของ Rice and Ezzy ข้างต้นเน้นการทำความเข้าใจความหมายของข้อมูลภายในบริบทของมัน การเข้าถึงความหมายเป็นจุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อการเข้าใจความหมายนักวิจัยเชิงคุณภาพจะเลือกใช้มุมมองของแนวคิดใดแนวคิดหนึ่งหรือหลายแนวคิดก็ได้ ส่วนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่ใช่ประเด็นที่เป็นจุดเน้นของนิยามนี้ แม้ว่าในทางปฏิบัติแล้ววิธีเหล่านั้นที่อยู่ภายในกรอบของวิธีการเชิงคุณภาพที่เป็นมาตรฐานทั่วๆ ไปนั่นเอง

Lincoln และ Guba (1985) [29] ได้เสนอว่า “การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นเหมาะที่จะดำเนินการภายใต้กระบวนทัศน์ที่ทั้งสองท่านเรียกว่า กระบวนทัศน์เชิงธรรมชาติ หรือ naturalistic paradigm วิธีการวิจัยที่อาศัยกระบวนทัศน์นี้เรียกว่า การวิจัยเชิงธรรมชาติ (naturalistic inquiry)” ในสาระสำคัญ การวิจัยเชิงธรรมชาติก็คือ การวิจัยเชิงคุณภาพนั่นเอง Lincoln และ Guba (1985: 187-188) นิยามการวิจัยเชิงธรรมชาติว่าเป็นการวิจัยที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ เพื่อเข้าถึงความหมายภายในบริบทของสิ่งที่ศึกษา การวิจัยที่ให้ความสำคัญแก่บริบทเช่นนี้ ใช้มนุษย์คือตัวนักวิจัยเองเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูล เครื่องมือเก็บข้อมูลที่เป็นมนุษย์นี้เป็นเครื่องมือชนิดเดียวที่สามารถปรับเข้ากับสถานการณ์การวิจัย ซึ่งไม่อาจคาดเดาล่วงหน้าได้แทบทุกเรื่อง อีกทั้งสามารถใช้ความรู้แบบสามัญสำนึกแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เท่าๆ กับใช้ความรู้ที่

ได้มาจากทฤษฎี นอกจากนี้ วิธีการเชิงธรรมชาติยังสามารถใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ออกแบบมาเพื่อ
ดำเนินการในคนได้ทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การสัมภาษณ์ การสังเกต การวิเคราะห์เอกสาร หรือ
วิธีการอื่นใดก็ตาม ในขั้นการดำเนินการวิจัย วิธีการเชิงธรรมชาติใช้หลักการสี่ข้อต่อไปนี้ในการ
ดำเนินการ คือ (1) เลือกตัวอย่างสำหรับศึกษาแบบเจาะจง (2) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีอุปนัย
(inductive analysis) (3) หาข้อสรุปเชิงทฤษฎีที่มีพื้นฐานมาจากข้อมูล (grounded theory) และ (4)
มีการออกแบบการวิจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เฉพาะหน้า คือมีการออกแบบที่ยืดหยุ่น
สามารถปรับได้ตามความจำเป็นกับสถานการณ์เฉพาะหน้าในภาคสนาม (emergent design)
หลักการทั้งสี่ข้อนี้จะถูกใช้ตลอดเวลาการวิจัย โดยไม่จำเป็นต้องจัดลำดับก่อนหลัง จนกระทั่ง
ข้อมูลที่ได้มาใหม่ ไม่แตกต่างจากที่ได้มาก่อน หรือจนกระทั่งข้อสรุปที่ได้มาใหม่ ไม่แตกต่างจาก
ข้อสรุปที่ได้มาก่อนหน้านั้น

สิ่งที่อาจถือว่าเป็นความแตกต่างอย่างสำคัญ ระหว่างวิธีการเชิงคุณภาพแบบ
ธรรมชาติ กับวิธีการเชิงคุณภาพแบบอื่น คือ การไม่ยึดโครงสร้าง ไม่ยึดรูปแบบที่ตายตัวในการ
ดำเนินการวิจัย แม้จะกำหนดหลักการไว้สำหรับการออกแบบการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การ
วิเคราะห์ข้อมูล และการหาข้อสรุป ก็ตาม แต่ Lincoln และ Guba ซึ่งเป็นเจ้าของแนวคิดนี้ ก็ไม่
สนับสนุนการดำเนินการภายในกรอบที่เคร่งครัดและตายตัว การวิจัยแบบนี้จึงเป็นกระบวนการที่
กิจกรรมหลายอย่างดำเนินไปพร้อมกัน กล่าวคือ การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ
ดำเนินไปพร้อมๆกัน การออกแบบการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เฉพาะหน้า
ในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล และเมื่อเหตุการณ์ในสนามเปลี่ยนไป เป็นต้น

จากนิยามกล่าวมาข้างต้น อาจจะสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ใช้วิธีการ
ศึกษาและเครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย แต่เครื่องมือสำคัญในการเก็บข้อมูลคือ ตัว
นักวิจัยเอง เป็นการวิจัยที่มีรูปแบบยืดหยุ่น นักวิจัยเชิงคุณภาพดำเนินการศึกษาและทำการ
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยหลักตรรกะแบบอุปนัย คือ ไม่ด่วนตั้งสมมติฐานก่อนที่จะได้เริ่มลงมือเก็บ
ข้อมูลในภาคสนามแล้ว สมมติฐานที่ตั้งไว้เช่นนั้น สามารถปรับปรุงได้เมื่อข้อมูลชี้ว่ามีความ
จำเป็นต้องปรับเพื่อความเหมาะสมโดยนัยนี้ การวิเคราะห์กับการเก็บข้อมูล เป็นกระบวนการที่
สามารถดำเนินไปพร้อมกันได้ ในสนาม การวิเคราะห์เริ่มจากการพินิจพิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์
อย่างละเอียด จนมองเห็นมโนทัศน์หรือแนวคิดที่มีความหมายจากข้อมูล และเห็นความเชื่อมโยง
ของมโนทัศน์เหล่านั้น จนนักวิจัยสามารถสรุปเป็นคำอธิบาย แนวคิด หรือทฤษฎีเบื้องต้นได้ การวิจัย

เชิงคุณภาพมุ่งการตีความ เพื่อทำความเข้าใจความหมายของพฤติกรรม หรืออธิบายปรากฏการณ์ในทัศนะของผู้ที่ถูกรศึกษา โดยมีจุดยืนอยู่บนบริบทของปรากฏการณ์หรือของคนที่ถูกศึกษาเหล่านั้น

3.2 ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพอาจพิจารณาเฉพาะนิยามที่เป็นรูปธรรมของการวิจัยนี้ แต่ถ้าจะให้สมบูรณ์มากขึ้น ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่บ่งบอกถึงกรอบหรือแนวทางในการดำเนินการวิจัย ดังนั้น เพื่อทำความเข้าใจให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถพิจารณาในลักษณะเชิงกลยุทธ์ (strategic characteristics)

คำว่า “ลักษณะเชิงกลยุทธ์” ในที่นี้ หมายถึง มิติสองด้านของลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ด้านหนึ่งเป็นลักษณะที่เป็นรูปธรรม สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่น ข้อมูลที่ใช้เป็นต้น ส่วนอีกด้านหนึ่งเป็นลักษณะที่บ่งถึงกรอบ หรือแนวทาง หรืออุดมคติ สำหรับการดำเนินการวิจัยแบบนี้ ผู้แต่งตำราการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนใหญ่มักใช้คำว่า “ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ” แต่ก็มียางท่านที่ใช้คำว่า “เนื้อหาเชิงกลยุทธ์” (strategic themes) ของการวิจัยเชิงคุณภาพ [29]

ลักษณะเชิงกลยุทธ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งได้เป็น 10 ข้อดังต่อไปนี้

1. เป็นการศึกษาที่อิงตรรกะแบบอุปนัย: นักวิจัย “คาดเดา” ลงสู่ข้อมูล ทั้งในทางเลือกและทางกว้าง ทั้งในรายละเอียดและเฉพาะเจาะจง เพื่อค้นหาประเภทรูปแบบ มิติ และความสัมพันธ์ต่อกันของส่วนต่างๆ ที่ประกอบกันในปรากฏการณ์ที่ศึกษา เริ่มต้นด้วยคำถามเพื่อการค้นหาแบบเปิดกว้าง มากกว่ามุ่งจะทดสอบสมมติฐาน หรือทฤษฎี

2. เป็นการศึกษาที่ทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ: ศึกษาปรากฏการณ์ในขณะที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง หรือควบคุมจากนักวิจัย เปิดกว้างสำหรับทุกอย่างที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษา ไม่มีการกำหนดผลที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของสมมติฐาน หรือตัวแปรก็ตาม

3. มุ่งทำความเข้าใจอย่างเป็นองค์รวม: มองปรากฏการณ์ที่ศึกษาทั้งหมดอย่างเป็นองค์รวม เป็นระบบที่ซับซ้อน และเป็นอะไรที่มากกว่าผลบวกของส่วนย่อยแต่ละส่วน มองว่าส่วนย่อยต่างๆ อิงอาศัยซึ่งกันและกันไม่ลดระดับการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาลงมาเพียงแค่ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรที่แยกกันเป็นส่วนๆ เท่านั้น

4. ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก: เก็บข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และแนวคิดส่วนบุคคล ที่เป็นรายละเอียดเชิงพรรณนา เจาะลึก และตรงประเด็น

5. ติดต่อบแบบมีส่วนร่วมโดยตรงกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย: นักวิจัยเข้าไปสัมผัสแบบมีส่วนร่วมโดยตรงกับประชากร หรือปรากฏการณ์ที่ศึกษา นักวิจัยเป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลที่สำคัญ ประสบการณ์ ทักษะ และวิจรณ์ญาณส่วนตัวของนักวิจัยเป็นปัจจัยสำคัญในการทำ ความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา

6. มุ่งทำความเข้าใจพลวัตของการปรากฏการณ์ที่ศึกษา: ทำความเข้าใจ กระบวนการของสิ่งที่ศึกษา มองว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นใน ระดับบุคคล กลุ่ม องค์กร หรือในระดับวัฒนธรรมก็ตาม

7. ให้ความสำคัญแก่กรณีที่มีลักษณะเฉพาะ: ถือว่าแต่ละกรณี (คน เหตุการณ์ ฯลฯ) มีความสำคัญ ทำการศึกษาเฉพาะกรณีอย่างดีในเบื้องต้น แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบกรณี เหล่านั้น เพื่อทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทั้งหมด คุณภาพของการศึกษาเฉพาะกรณีมีความสำคัญ อย่างมาก

8. ให้ความสำคัญแก่บริบทของสิ่งที่ศึกษา: ศึกษาข้อค้นพบบนพื้นฐานของ บริบททางสังคม ประวัติศาสตร์ และเงื่อนไขของเวลาและสถานที่ มองว่าการนำข้อค้นพบไปปรับ ใช้ในบริบทอื่นที่แตกต่างกันเป็นสิ่งที่ต้องระวัง เพราะอาจมีความเป็นไปได้น้อย

9. มีการออกแบบการวิจัยที่ยืดหยุ่น: ออกแบบการวิจัยแบบเปิดกว้างไว้สำหรับ ความเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้สามารถลงลึกให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการออกแบบที่มี โครงสร้างอย่างเข้มงวด ซึ่งจะไม่ให้โอกาสติดตาม เจาะลึก และค้นหาสิ่งใหม่ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ในขณะเก็บข้อมูล

10. ใช้เครื่องมือในการวิจัยหลากหลายแต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดใน กระบวนการวิจัย: ธรรมชาติของเครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพไม่มีโครงสร้างที่ เคร่งครัด สามารถปรับได้ตามความเหมาะสมกับแหล่งข้อมูลและสถานการณ์ จึงขึ้นอยู่กับนักวิจัย ผู้ใช้วิธีการอย่างมาก นักวิจัยต้องแม่นในหลักการของเครื่องมือที่ใช้และมีทักษะในการใช้วิธีการ นั้นๆ อย่างเพียงพอ

โดยสรุป ความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามกลยุทธ์สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ กล่าวมาเหล่านี้ เป็นเรื่องของระดับหรือดีกรี มากกว่าที่จะเป็นกฎตายตัว การวิจัยเชิงคุณภาพที่ดีไม่

จำเป็นต้องเป็นการวิจัยที่เคร่งครัดกับลักษณะเชิงกลยุทธ์เหล่านี้จนเกินไป แต่ที่สำคัญ คือ ควรดำเนินการโดยถือกลยุทธ์เหล่านี้เป็นแนวทางและยึดหยุ่นเท่าที่จำเป็น

3.3 ข้อได้เปรียบและข้อจำกัด

วิธีการวิจัยทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ มีข้อได้เปรียบและข้อจำกัดไม่อย่างใดก็อย่างหนึ่ง การทำความเข้าใจถึงข้อได้เปรียบและข้อจำกัดที่มีอยู่จะช่วยให้ นักวิจัยใช้วิธีการวิจัยได้อย่างเต็มสมรรถนะของวิธีนั้นๆ และขณะเดียวกันสามารถหลีกเลี่ยงการใช้วิธีการวิจัยอย่างไม่เหมาะสมได้เช่นกัน

การวิจัยเชิงคุณภาพมีข้อได้เปรียบเมื่อใช้ศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ข้อได้เปรียบที่แท้จริงนั้น อยู่ที่การเปิดโอกาสให้นักวิจัยลงลึกได้มากตามที่ต้องการ การลงลึกมีความหมายหลายอย่าง ในทางเนื้อหาหมายถึงการที่วิธีการนี้เปิดโอกาสให้นักวิจัยหาข้อมูล หาคำตอบ สำหรับคำถามการวิจัย จากหลายมิติหลายมุมมอง เพื่อทำความเข้าใจประเด็นการวิจัยอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพราะความที่ต้องศึกษาแบบลงลึกกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก นักวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีข้อได้เปรียบในการที่จะใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลได้หลายแบบ แทบไม่มีข้อจำกัด เกือบจะกล่าวได้ว่าวิธีการอะไรก็ใช้ได้ทั้งนั้น ที่ไม่ละเมิดจริยธรรมและจรรยาบรรณของนักวิจัย ทั้งหมดมีเป้าหมายเดียวกันคือ ความเข้าใจที่ลงลึกและรอบด้านในประเด็นการวิจัย ดังนั้น จึงเป็นเรื่องปกติที่โครงการวิจัยเชิงคุณภาพโครงการหนึ่งจะใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายวิธี เช่น ใช้การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม หรือวิธีการเชิงคุณภาพรูปแบบอื่น แม้กระทั่งแบบสอบถามเพื่อการสำรวจก็ใช้ได้ ผลของการใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายแบบคือ ได้ข้อมูลหลากหลายชนิด ซึ่งถือว่าเป็นข้อได้เปรียบเทียบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

การวิจัยเชิงคุณภาพมีการออกแบบและการดำเนินการวิจัยที่ยืดหยุ่น (emergent design) เป็นข้อได้เปรียบอีกประการหนึ่ง การยืดหยุ่นในการออกแบบหมายความว่า แนวความคิดคำถาม สมมติฐาน และประชากรตัวอย่างในการวิจัย ไม่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างตายตัว แต่นักวิจัยสามารถปรับได้เมื่อมีความจำเป็น นั่นคือ เมื่อลงสู่งานภาคสนามจริงๆ นักวิจัยอาจพบว่าสิ่งที่ได้กำหนดไว้แต่แรกในการออกแบบนั้นไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงในภาคสนาม ถ้าไม่ปรับก็จะมีผลให้งานวิจัยภาคสนามไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริงได้ การปรับตามสมควรจึงมีผลดีในการเข้าถึงข้อมูลได้ตามความเป็นจริง

เมื่อเริ่มต้นงานภาคสนาม นักวิจัยจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับประชากรตัวอย่าง แม้การวิจัยที่นักวิจัยอยู่ในภาคสนามเพียงช่วงเวลาสั้นๆ อย่างเช่น การวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม หรือการศึกษาที่ใช้เฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึกเพียงอย่างเดียวในการเก็บข้อมูล โดยที่นักวิจัยไม่ได้ อยู่สังเกตการณ์ในสนามเป็นเวลานาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างก็ยังถือว่าเป็นกุญแจสำคัญ คือกหนึ่งสู่ความสำเร็จ ความสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างนั้น ไม่เพียงแต่เป็นโอกาสให้นักวิจัย เข้าถึงข้อมูลได้อย่างมากและลึกเท่านั้น จึงทำให้วิธีการเชิงคุณภาพได้ชื่อว่าเป็นวิธีการที่ทำให้ ความสำคัญแก่ความเป็นมนุษย์มากกว่าวิธีอื่นด้วย

แต่ข้อได้เปรียบทั้งหลายที่กล่าวมาข้างต้น ก็อาจกลายเป็นข้อจำกัดได้ ดังจะเห็นว่า การศึกษาแบบลงลึกในกลุ่มประชากรขนาดเล็กนั้นทำให้การวิจัยเชิงคุณภาพไม่เหมาะที่จะใช้ ศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และข้อนี้ก็นำมาซึ่งข้อจำกัดอื่นๆ อีกบางประการ เช่น เมื่อไม่ต้อง ศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะให้ความสำคัญแก่เรื่องการเลือกตัวอย่างที่มี ความเป็นตัวแทน (representative sample) มากนัก นักวิจัยเชิงคุณภาพมักเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยพิจารณาว่า ตัวอย่างที่จะเลือกนั้นน่าจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษามากน้อยเพียงใด ตัวอย่างในอุดมคติของการวิจัยเชิงคุณภาพคือตัวอย่างประเภทที่มีข้อมูลให้นักวิจัยได้เรียนรู้มากๆ และมีข้อมูลหลากหลายชนิด (information-rich cases) เรื่องความเป็นตัวแทนมีความสำคัญน้อย กว่า ด้วยธรรมชาติเช่นนี้เอง การวิจัยเชิงคุณภาพจึงไม่เหมาะสมสำหรับเพื่อทดสอบสมมติฐาน และผลการวิจัยก็มีข้อจำกัดในด้านสามัญการ (generalization) ผู้ที่นำการวิจัยเชิงคุณภาพไปใช้ใน วงกว้างจึงควรตระหนักในข้อจำกัดนี้

นอกจากนี้ การที่วิธีการเชิงคุณภาพถือว่า นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการ วิจัยนั้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือเป็นการให้ความสำคัญแก่วิจารณ์ญาณและความสามารถส่วนตัวของ นักวิจัยนั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการเก็บข้อมูลหรือการวิเคราะห์ข้อมูลก็ตาม เครื่องมืออย่างอื่น เช่น แนวคำถามในการสัมภาษณ์ หรือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น จะได้ผลดีในการเก็บ ข้อมูลเพียงใดย่อมขึ้นอยู่กับตัวนักวิจัยผู้ใช้เครื่องมือเหล่านั้น ความรู้และทักษะในวิธีการที่ใช้ อย่างเดียวอาจจะยังไม่พอที่จะทำการวิจัยได้อย่างประสบความสำเร็จ นักวิจัยเชิงคุณภาพต้องเป็นคนมี วินัยในตัวเองค่อนข้างสูง มีระเบียบ (well-organized) มีจินตนาการ และมีศิลปะในเชิงมนุษย สัมพันธ์พอสมควร คุณสมบัติที่กล่าวมานี้เป็นสิ่งจำเป็นเพราะว่าเครื่องมืออย่างอื่นในการวิจัยเชิง คุณภาพ อย่างเช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต หรือแม้แต่การสนทนากลุ่ม ล้วนเป็นเครื่องมือ ที่ไม่กำหนดโครงสร้างไว้อย่างตายตัว และไม่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานเดียวกันอย่างเข้มงวด สำหรับผู้ให้ข้อมูลทุกคน แต่เปิดกว้างไว้ให้นักวิจัยใช้ความสามารถส่วนตัว เพื่อบรรลุถึง

สมรรถนะสูงสุดของวิธีนั้นๆ ในทางปฏิบัติข้อนี้ก็เท่ากับเปิดช่องไว้ให้แก่อัตวิสัยของนักวิจัยนั่นเอง ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ วิธีการเชิงคุณภาพจึงถูกมองว่า เป็นวิธีการที่เป็นอัตวิสัย

อาจสรุปข้อได้เปรียบและข้อจำกัดของวิธีการเชิงคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้นดังนี้คือ

ข้อได้เปรียบ

1. เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก นักวิจัยสามารถลงลึกได้มากตามที่ต้องการ
2. มีความยืดหยุ่นในการออกแบบ การใช้เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล และการดำเนินการวิจัย
3. สามารถใช้ข้อมูลได้หลากหลายชนิดในการวิจัยเรื่องเดียวกัน ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
4. ใช้วิธีเก็บข้อมูลได้หลายวิธีในงานวิจัยเรื่องเดียวกัน
5. เป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญแก่ความเป็นมนุษย์ของผู้ถูกศึกษาในการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างมีความสำคัญ กลุ่มตัวอย่างไม่ใช่เป็นเพียงผู้ถูกกระทำ (research subjects) แต่เป็นผู้มีส่วนร่วม (participants) ในกิจกรรมการวิจัย

ข้อจำกัด

1. ไม่เหมาะสำหรับการศึกษากลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่
2. เพราะมีความยืดหยุ่นในการดำเนินการวิจัย หากนักวิจัยไม่มีประสบการณ์เพียงพอ อาจมีปัญหาในเรื่องความน่าเชื่อถือ (reliability) ของการใช้เครื่องมือ และความถูกต้องตรงประเด็นของผลการศึกษา (validity)
3. การเลือกตัวอย่างในการศึกษาแบบเจาะจง ทำให้มีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้ในวงกว้าง (generalization)
4. เป็นการศึกษาที่มีกระบวนการดำเนินการที่ค่อนข้างจะเป็นอัตวิสัย
5. ไม่เหมาะสำหรับใช้ทดสอบสมมติฐานหรือทดสอบแนวความคิดทฤษฎี

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เป็นขั้นตอนที่มีความหมายอย่างยิ่งต่อผลและข้อสรุปของการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นเรื่องที่ต้องคิดไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ในขั้นตอนการออกแบบการวิจัย อย่างน้อยนักวิจัยจะต้องมีการวางแผนไว้ว่า สำหรับข้อมูลที่ต้องการนั้น จะมีวิธีการวิเคราะห์แบบไหนจึงจะเหมาะสมที่สุด จะมีการเตรียมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์อย่างไร ข้อมูลที่สัมภาษณ์และบันทึกมาในเครื่องบันทึกเทปนั้นจะถอดออกมาอย่างละเอียด หรือจะใช้วิธีสรุปใจความเท่านั้น จะจัดการอย่างไรกับข้อมูลที่จดบันทึกมาจางานภาคสนามจำนวนมากของนักวิจัย จะให้รหัสข้อมูลอย่างไร จะใช้คนให้รหัสคนเดียวหรือหลายคน ใครบ้างจะทำหน้าที่นี้ ถ้ามีข้อมูลเชิงปริมาณด้วย จะผสมผสานข้อมูลเชิงคุณภาพกับข้อมูลเชิงปริมาณอย่างไร จุดเน้นของการวิเคราะห์จะเป็นประเด็นเรื่องใด ในการวิเคราะห์จะตอบคำถามหลักเรื่องอะไร ข้อสำคัญคือต้องเตรียมแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูลได้อย่างไร และมากน้อยเพียงใด ประเด็นเช่นที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นเรื่องของการออกแบบการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า

ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะไม่ใช่เป็นกฎเกณฑ์ที่ตายตัว แต่เนื่องจากการศึกษาเชิงคุณภาพมีหลายเรื่อง ซึ่งแต่ละเรื่องมีลักษณะเฉพาะของตัวเอง แนวทางในการวิเคราะห์ที่ใช้จึงมักมีลักษณะเฉพาะตามไปด้วย นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพแต่ละขั้นตอนต้องใช้ทักษะ การฝึกฝน ความสามารถหลายด้านของนักวิจัยเป็นอย่างมาก การวิเคราะห์จึงมักขึ้นอยู่กับความสามารถและประสบการณ์การทำงานของนักวิจัยเฉพาะคนด้วย โดยสรุปคือ ปัจจัยมนุษย์ (human factor) มีบทบาทเกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพค่อนข้างมาก ซึ่งปัจจัยมนุษย์นี้เป็นทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไปพร้อมๆ กัน [29]

จากหนังสือศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพของ ชาย โพธิ์ลีดา (2549) [29] ได้กล่าวถึงความหลากหลายของวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการวิจัยแต่ละแบบนั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต่างกัน ได้แก่ วิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic approach) วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) การวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded theory method) การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus group research) เป็นต้น

วิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic approach) เป็นการวิจัยที่มุ่งพินิจศึกษาวัฒนธรรมต่างๆ เชิงพรรณนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัฒนธรรมของชนในระดับดั้งเดิมหรือชนก่อนที่มีตัวหนังสือ [29] แต่ปัจจุบันได้มีการประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยนี้เพื่อหาทางแก้ปัญหาอย่างใด

อย่างหนึ่งมากขึ้น แทนที่จะเป็นการศึกษาเพื่อพรรณนาหรือทำความเข้าใจชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรมของชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยรวม ดังเช่นที่เคยปฏิบัติมา แต่ลักษณะสำคัญของการเป็นชาติพันธุ์วรรณา ก็ยังมุ่งทำความเข้าใจพฤติกรรมของกลุ่มชน ไม่ใช่บุคคล ดังนั้นการวิเคราะห์ของการวิจัยชนิดนี้จะให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นพิเศษ และต้อง “ข่อยข้อมูล” และ “กลั่น” เอาสาระที่เข้าข่ายจริงๆ ออกมาเป็นคำอธิบายที่มีลักษณะเป็นนามธรรม หรือเป็นข้อเสนอของนักวิจัย

วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี (Case study approach) คือวิธีการวิจัยที่เน้นการศึกษากรณีที่เฉพาะเจาะจง จุดเน้นอยู่ที่สิ่งที่ถูกศึกษา (case) ซึ่งจะต้องมีลักษณะเจาะจง มีขอบเขตที่กำหนดได้ชัดเจน มีความสมบูรณ์ในตัวเอง ไม่ได้เน้นวิธีการศึกษา (method) เพื่อให้ได้กรณีที่เหมาะสมกับความต้องการและจุดมุ่งหมายของการศึกษา การเลือกแบบเจาะจงนี้จะสอดคล้องกับแนวความคิดในการวิจัย และในแง่ของระเบียบวิธีวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับลักษณะข้อมูล เช่น ใช้สถิติที่เหมาะสมกับข้อมูลเชิงปริมาณ หรือใช้การเปรียบเทียบและการตีความที่เหมาะสมสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมาย คำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีที่ศึกษาด้วยเสมอ

การวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded theory method) เป็นการวิจัยที่เน้นวิธีดำเนินการแบบอุปนัยอย่างเคร่งครัดและเป็นระบบค่อนข้างมาก เน้นการไม่เริ่มต้นการศึกษาด้วยกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน หรือที่นักวิจัยสร้างไว้ก่อนลงมือดำเนินการศึกษา แต่นักวิจัยจะสร้างสมมติฐานและคำอธิบายเชิงทฤษฎีของตนขึ้นมา จากข้อมูลที่ได้รวบรวมมาสำหรับการวิจัยเรื่องนั้นโดยตรง การวิเคราะห์การวิจัยชนิดนี้จะเป็นกระบวนการที่นักวิจัยจะต้องทำสลับกันไปมาหลายๆ เที้ยว ระหว่างการ เก็บข้อมูล กับการ สร้างสมมติฐาน และ การทดสอบ ปรับปรุงสมมติฐาน จนกระทั่งสมมติฐานมาถึงจุดอิ่มตัว นั่นคือ เข้ากันได้อย่างเหมาะสมกับข้อมูลใหม่ ไม่ว่าข้อมูลนั้นจะมาจากกลุ่มตัวอย่างชุดไหนก็ตาม สมมติฐานไม่มีความจำเป็นต้องปรับอีก

การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus group research) คือกลุ่มคนที่ถูกจัดขึ้นมา เพื่อการสนทนาหรือการอภิปรายกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเจาะจง เพื่อหาข้อมูลที่ถูกต้องตรงประเด็นที่สุดสำหรับตอบคำถามการวิจัยเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ การสนทนานี้เป็นการอภิปรายไม่ใช่การสัมภาษณ์ ในกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนาซึ่งอาจแตกต่างกันหลากหลาย ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องลงรอนกันเสมอไป

การวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวความคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเป็นเครื่องมือในการศึกษา ปรากฏการณ์ และประสบการณ์ของมนุษย์ การวิจัยแบบนี้มุ่งทำความเข้าใจความหมายประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา ในสาระสำคัญแล้วไม่ได้แตกต่างจากการวิเคราะห์ในการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทั่วไป แต่สิ่งที่การวิจัยวิธีนี้เน้นเป็นพิเศษในการวิเคราะห์ คือการ “กลั่น” เอาความหมายของปรากฏการณ์จากข้อมูล ไม่เพียงแต่ความหมายในทัศนะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเท่านั้น แต่ความหมายโดยทั่วไปของปรากฏการณ์นั้นๆ ด้วย

ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา และใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบแปลความโดยวิเคราะห์ข้อมูลตามกระบวนการของ Colaizzi (1978) [30,31] ดังขั้นตอนดังนี้

1. การอ่านเนื้อหาทั้งหมดที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายๆ ครั้ง จนมีความคุ้นเคย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและให้รหัสข้อมูล โดยไม่มีการตีความ
2. ผู้วิจัยพิจารณาถึงประโยค หรือวลี ที่มีความเป็นไปได้ว่าจะมีความหมายหรือความสำคัญต่อการศึกษาวิจัย (extract significant statement)
3. นำประโยคหรือวลีที่เลือกมาให้ความหมายเป็นข้อความที่มีความกระชับขึ้น โดยยังความหมายเดิมไว้ (formulates meaning)
4. ทำการใส่รหัสและจัดกลุ่มให้เป็นหมวดหมู่ (cluster of themes) ขั้นตอนนี้จะทำให้เห็นรูปแบบหรือแนวโน้มของข้อมูล
5. พิจารณาตั้งเป็นประเด็นย่อย ทำการจัดหมวดหมู่ของประเด็นย่อยแล้วนำมารวมเป็นประเด็นหลัก เพื่อนำมาเขียนเรียบเรียงวิเคราะห์ตามความรู้สึของผู้ให้ข้อมูล และแนวคิดในแต่หัวข้อ (exhaustive description)
6. ผู้วิจัยสกัดสาระซึ่งแสดงถึงโครงสร้างพื้นฐาน (fundamental structure) สำหรับแนวคิดในแต่ละหัวข้อที่ได้กำหนดไว้
7. กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายของผู้วิจัย (member checking)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยด้านพฤติกรรมความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในสังคมไทย ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษา โดยเฉพาะสาขาพยาบาลศาสตร์ และเน้นหนักที่การดูแลตนเอง ที่พบรองลงมาเป็นการศึกษาโดยนักสังคมวิทยา สาขาประชากรศาสตร์ เน้นศึกษาด้านพฤติกรรมความเจ็บป่วยและการเผชิญปัญหา สำหรับพฤติกรรม การปรับตัว พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพยังมีการ ศึกษาวิจัยค่อนข้างจำกัด ทั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และตัวแปรทางด้านจิต สังคมของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ตลอดจนการวิจัยเชิงกึ่ง ทดลอง การนำทฤษฎีมาใช้เป็นกรอบแนวคิดหรือสมมติฐานยังอยู่ในขอบเขตจำกัด ทฤษฎีที่พบว่า นำมาใช้อย่างแพร่หลายในระดับบัณฑิตศึกษา เป็นทฤษฎีทางการพยาบาล คือ ทฤษฎีการดูแล ตนเอง (Self-Care Theory) ของโอเร็ม (Orem, 1995) [6] โดยจะศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดความพร่อง ในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ส่วนแนวคิดเชิงทฤษฎีทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยา และทฤษฎีทางด้านอื่นๆ ยังค่อนข้างจำกัด ดังนั้นประเภทของการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่จึงเป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณมากกว่าการวิจัยเชิง คุณภาพ การนำผลงานวิจัยต่างๆ เหล่านั้นไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดนโยบายด้าน การบริหารสาธารณสุขยังค่อนข้างจำกัด สำหรับงานการศึกษาวิจัยเรื่องอื่นๆ ทั้งเชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพมีข้อจำกัด คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ให้ความร่วมมือเท่านั้น ไม่สามารถ เข้าถึงกลุ่มที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมหรือด้านลบได้ และงานวิจัยหลายเรื่องที่มีผู้ติดเชื้อหลายราย ไม่ได้เปิดเผยสภาพแก่ครอบครัวและสังคมทำให้ไม่สามารถติดตาม เยี่ยมศึกษาที่บ้านหรือชุมชน ได้ แต่ใช้การนัดพบในสถานที่ต่างๆ แทน [5]

ผู้วิจัยทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอชไอวีส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยต่างประเทศและพบว่าในการศึกษากลุ่มเป้าหมายนั้นเป็นทั้งผู้ป่วยที่ ติดและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อแล้วมักจะมุ่งประเด็นไปที่เรื่องการแพร่กระจายเชื้อเอชไอ วี โดยจะมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเป็นหลัก เพราะการใช้ถุงยางอนามัยใน กลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีความสำคัญมาก เนื่องจากถุงยางอนามัยช่วยป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อไปสู่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ คู่สามีภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสองฝ่ายหรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก็

ตาม ควรที่จะตระหนักถึงการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ดีที่สุด ผู้วิจัยได้สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคลไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้ ความเข้าใจ หรือทัศนคติต่อเรื่องต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนอย่างไร และการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดออกมานั้น จะเริ่มจากรับรู้เรื่องราวต่างๆ จากประสบการณ์ของตนเอง เกิดจากความรู้สึภายในของคนๆ นั้นไม่ว่าจะเป็นความเชื่อว่ายางอนามัยมีประโยชน์ คนทั่วไปมีความคิดที่จะเลือกใช้การคุมกำเนิดก็เพื่อป้องกันการคุมกำเนิด แต่มีส่วนน้อยที่จะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [32] บางครั้งความพึงพอใจของผู้ชายก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ความไม่เชื่อถือว่าถุงยางอนามัยจะมีประโยชน์ต่อตนเอง สามารถป้องกันโรคเอดส์ได้ ถึงแม้ว่าผู้หญิงจะต้องการให้ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็ไม่สำเร็จ เนื่องจากฝ่ายชายปฏิเสธที่จะใช้ ด้วยเหตุผลที่ว่าขาดความเชื่อมั่นในการใช้ถุงยางอนามัยหรือจะเรียกว่าขาดทักษะในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้อง [33] ผลการวิจัยที่ผ่านมาอื่นๆ ยังพบว่ามีเรื่องของอาชีพ รายได้ของบุคคลก็มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะผู้หญิงอาชีพลูกจ้าง ที่มีรายได้ต่ำ การใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างน้อย และมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีสม่ำเสมอ [34] พฤติกรรมอื่นที่ส่งเสริมการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด ทำให้สติสัมปชัญญะของผู้ใช้ลดลง ส่งผลให้ระดับการรับรู้คุณค่าของถุงยางอนามัยลดลงเช่นกัน [35] เกิดความเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ [36] หรือผู้หญิงที่เคยชินกับการคุมกำเนิดด้วยวิธีรับประทานยาเป็นระยะเวลานานมาก่อนนั้น จะมีเลือกใช้ถุงยางอนามัยสำหรับการคุมกำเนิดได้ไม่นาน [37] อาจเกิดมาจากการรู้สึกเบื่อ ไม่สะดวกในการใช้ หรือรู้สึกไม่ชอบ ในบางครั้งอาจจะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อคุมกำเนิดเท่านั้นแต่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [38] เมื่อต้องการที่จะมีบุตรจึงไม่ได้คำนึงถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี สิ่งเหล่านี้ที่กล่าวมาเป็นเหตุทำให้การใช้ถุงยางอนามัยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีเรื่องของทัศนคติซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การแสดงออกของพฤติกรรมต่างๆ การที่ผู้ป่วยจะเลือกใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ก็เป็นผลมาจากทัศนคติทางด้านบวก หรือ ลบต่อการใช้ถุงยางอนามัย เช่น

- ทักษคติแง่บวก คือมองเห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยมีประโยชน์มากกว่าการไม่ใช้และแสดงถึงความรับผิดชอบต่อการดำเนินชีวิต ทั้งของตนเองและบุคคลรอบข้าง ได้รับการยอมรับจากสังคม ครอบครัว

- ทักษคติแง่ลบ มองว่าเป็นเรื่องที่ไร้สาระ ไม่ตระหนัก ไม่เห็นคุณค่าของการใช้ถุงยางอนามัย ไม่ได้รับการยอมรับในสังคม ความพอใจส่วนตัว ความเคยชินและไม่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กล่าวได้ว่าสภาพแวดล้อมต่างๆ มีส่วนช่วยให้ เกิดพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างมาก คนในแต่ละถิ่นฐานก็就会有ความแตกต่างกันเป็นต้นว่า คนในชนบท จะเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ความสะดวกในการหาถุงยางอนามัยจะค่อนข้างยากกว่าบุคคลที่อยู่ในสังคมเมือง [39] ความแตกต่างของประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนาก็มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเช่นกัน กล่าวคือ การรณรงค์หรือการให้ความรู้แก่ประชาชน นโยบายของรัฐบาลที่กำหนดให้มีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อ [5] ในปัจจุบันการเผยแพร่การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้ติดเชื้อยังมีน้อย จะเน้นไปในกลุ่มของเยาวชนมากกว่า หน้าที่ที่จะส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจึงตกอยู่ที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึงแก่ความจำเป็นของผู้มารับบริการ แต่ในเรื่องของการเข้าถึงการรักษาโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อด้วยเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงเหมือนคนที่ไม่ติดเชื้อ ทำให้บางครั้งเกิดความไม่ตระหนักถึงการแพร่กระจายเชื้อ หรือการรับถ่ายเชื้อให้กับคู่นอน ทำให้ผู้ติดเชื้อหลายคนที่จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ [40]

3. ปัจจัยด้านครอบครัว ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นต้องการการยอมรับจากครอบครัวและสังคมโดยเฉพาะครอบครัวมีความสำคัญมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ จากประสบการณ์ทำงานของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี พบว่ายังมีผู้ป่วยบางคนทั้งหญิงและชายที่ติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่บอกสถานะเรื่องโรคเอดส์ให้อีกฝ่ายทราบ [33] ดังนั้นจึงมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์แน่นอน เพราะในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยมักจะไม่ใช่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ในผู้ป่วยที่ทราบว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อเอชไอวีจะมีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น ในเรื่องของลักษณะสามีหรือคู่นอนก็ถือว่าเป็นส่วนสำคัญในการเลือกใช้ถุงยางอนามัยของผู้หญิงกล่าวคือ ผู้หญิงจะมีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่เป็นคู่ประจำหรืออาจเป็นสามีที่แน่นอนมากกว่าในผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายๆ คน [37]

ถึงแม้ว่าจะมีอุบัติการณ์ของพฤติกรรมเสี่ยงมากทางเพศน้อยลง [2] แต่ก็ยังมีอีกหลายคนที่ไม่บางครั้งยังมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเป็นบางครั้งบางคราว จึงต้องมีการส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง กระบวนการให้คำปรึกษาจึงถือว่าเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญมากในกลุ่มที่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยง หรือในกลุ่มคนที่มีการศึกษาต่ำ และไม่ควรเน้นแต่เรื่องการลดความเสี่ยงเท่านั้น แต่จะต้องพยายามรักษาระยะของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยให้ยาวนานที่สุด [41] ในผู้ป่วยที่อยู่ด้วยกันมานานมีความรักให้กันและกันอย่างสม่ำเสมอ ในบางเหตุการณ์ที่ทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มที่ติดเชื่อเอชไอวี จากที่เคยได้พูดคุยกับผู้ป่วยจากการทำงานและการวิจัยที่ผ่านมา มีข้อมูลที่ใกล้เคียงกันคือ การที่ฝ่ายชายรักฝ่ายหญิงมากนั้น มีส่วนทำให้ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ถึงแม้ว่าจะรู้สถานะการติดเชื่อเอชไอวีของฝ่ายหญิงก็ตาม [33] นอกจากนั้นการอบรมเลี้ยงดูที่ดี ความอบอุ่นในครอบครัว ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจที่จะเปิดเผยเรื่องของตนเอง จะทำให้มีแรงสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องมากขึ้นด้วย

แต่ก่อนนี้ประเทศไทยมีการใช้ถุงยางอนามัยน้อยมาก ตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ คนไทยก็ใช้ถุงยางอนามัยกันมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีนักวิจัยบางคนศึกษาเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการและชายนักท่องเที่ยวที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภายหลังจากทำโครงการถุงยางอนามัย 100% พบว่าหญิงบริการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 93.6 และอัตราป่วยด้วยกามโรคของหญิงบริการลดลงจากร้อยละ 15.38 ในปี 2536 เหลือร้อยละ 9.12 ในปี 2537 แต่กลับพบว่าหญิงบริการที่ป่วยด้วยกามโรคนั้นมีการติดเชื่อเอชไอวีแฝงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.03 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 20.15 ในปี 2537 [42] จะเห็นได้ว่าถึงแม้มีการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยทำให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาคเอดส์ได้ในระดับหนึ่ง แต่สถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่สามารถนิ่งนอนใจได้ ถ้าประชาชนเลิกระหนักถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื่อเอชไอวีในการมีเพศสัมพันธ์หรือการใช้บริการทางเพศแล้วนั้น จะส่งผลทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยลดลง ซึ่งจะส่งผลให้ความรุนแรงของการระบาดกลับคืนมาอย่างรวดเร็ว

สำหรับการศึกษาวิจัยเรื่องผู้หญิงกับการเผชิญปัญหาเอดส์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เข้าใจถึงภาวะจิตใจของผู้ป่วยหญิงมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้หญิงแต่ละคนก็จะมีความคิด มุมมองเกี่ยวกับชีวิตที่ต้องติดเชื่อเอชไอวีแตกต่างกันไป ซึ่งมีการศึกษาเชิงคุณภาพในเรื่องของผู้หญิงกับการติดเชื่อเอดส์ได้กล่าวไว้ว่า โรคเอดส์ต่างกับโรคอื่นอย่างสิ้นเชิง เพราะนอกจากจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องบำบัดรักษาในระยะเวลาที่ยาวนานแล้ว ยังเป็นโรคที่มีตราบาปสูง เป็นโรคแห่งความสกปรกแปดเปื้อน โรคของคนผิดศีลธรรม ผู้ติดเชื่อเอดส์หรือผู้ป่วยจึงมักถูกมองว่าเป็นคนเลว คน

ผิดศีลธรรม และเป็นอันตรายต่อสังคม [43] การให้ความหมายทางสังคมดังกล่าว มีนัยมากขึ้นหากผู้ที่ติดเชื้อเอดส์เป็นผู้มีสถานภาพทางสังคมที่ต่ำ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์จากสามีต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนรุนแรงกว่าชาย หากสถานภาพหรือสัมพันธภาพเชิงอำนาจของผู้หญิงในครอบครัวด้อยกว่า การเผชิญปัญหาและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์นั้น จะมีองค์ประกอบทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และแสดงออกเป็นพฤติกรรม ซึ่งทั้งสามส่วนจะสัมพันธ์กันอย่างเป็นกระบวนการนับแต่ปฏิกิริยาเมื่อเรารู้ และใช้ภาวะอารมณ์ตอบสนอง จากนั้นจะปรับอารมณ์โดยใช้ความคิดประสบการณ์ที่ผ่านมาทำความเข้าใจ

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจะรู้สึก ตกใจ ใจหาย กลัว เนื่องจากทราบว่าตนเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ไม่มีทางรักษาได้ และไม่เคียดคิดว่าจะเป็นตนเอง หรือตนจะมีความเสี่ยง ความคิดและความหมายต่อการติดเชื้อซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงน่าอันตรายมาสู่ชีวิต คือการใช้แนวคิดทางศาสนาเป็นแรงสนับสนุนให้ทำใจยอมรับสภาพที่เกิดขึ้น ผู้หญิงที่ติดเชื้อมักใช้แนวคิดในเรื่องเคราะห์กรรมมาเป็นคำอธิบาย [43] การยอมรับสภาพในภาวะของการไม่มีทางเลือกที่ดีกว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมนำไปสู่การปลงการทำความเข้าใจต่อการติดเชื้อเอดส์ของผู้หญิงแม่บ้าน จึงเป็นภาพที่การศึกษาวิจัยหลายชิ้นได้พบในผู้หญิงแม่บ้านส่วนใหญ่

สำหรับพฤติกรรมทางเพศในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ คู่สามีภรรยาจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาว่าควรใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการรับและแพร่เชื้อเอดส์ แต่เป็นความจริงที่ว่า การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีภรรยาเป็นเรื่องที่ผิดปกติและเป็นการเหลือวิสัยที่จะบริหารจัดการได้ [43]

ในคู่สามีภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะประสบปัญหาในเรื่องของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อระยะเวลาที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีนานขึ้น ความตระหนักที่จะป้องกันตนเองและคู่นั้นก็ลดลง [43] แต่ก็ยังพบว่าการที่คู่สามีภรรยาจะมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี หรือการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาลที่ดูแลอยู่ให้ความรู้หรือการกระตุ้นย้ำ อย่างสม่ำเสมอ เพราะยิ่งถ้าเจ้าหน้าที่มีการใส่ใจ แนะนำอยู่เรื่อยๆ คู่สามีภรรยา ก็ยังมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดีขึ้น [43] และถึงแม้ว่าจะมีการเป็นสามีภรรยากันแล้วก็ตาม ความมีอำนาจในการต่อรองของผู้หญิงก็ยังมีจำกัด ยกตัวอย่างงานวิจัยของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) [43] กล่าวว่า “การใช้กำลังบังคับฝ่ายหญิง ในกรณีที่ภรรยาติดเชื้อเอชไอวี แต่สามีไม่ทราบ ภรรยาต้องการที่จะใช้ถุงยางอนามัยแต่สามีก็ยังคงต้องการมีเพศสัมพันธ์โดยที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งภรรยาไม่กล้าเปิดเผยให้สามีทราบว่าตนเองติดเชื้อ จึงต้องปล่อยเลยไป”

จากการศึกษาของสุชาดา ทวีสิทธิ์ และสุริพร พันพึ้ง, 2551 [44] พบว่า “ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังคงมีชีวิตทางเพศของตนตามปกติถึงแม้ว่าจะติดเชื้อก็ตาม และถึงแม้ว่าการเข้าถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์และการดูแลสุขภาพตนเองมีอย่างกว้างขวางแล้วก็ตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่งไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ โดยให้เหตุผลหลายอย่างได้แก่ มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกัน คู่นอนไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายกับหญิงพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายจำนวนมากให้เหตุผลว่าเพราะทำให้ความสุขทางเพศลดลง ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงไม่ได้ให้เหตุผลในเรื่องนี้เลย แต่ให้เหตุผลว่าเพราะ คู่นอนประจำไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยนั้นขึ้นอยู่กับผู้ชายมากกว่าผู้หญิง” และจากการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2551 [45] ได้กล่าวว่า “ในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบว่าเหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราวเพราะมั่นใจในความปลอดภัยของคู่นอน ไม่ได้เตรียมหรือหาไม่ได้ในเวลานั้น และ ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัยเพราะลดความสุขทางเพศ”

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อสุขภาพทางเพศของผู้หญิง ทั้งติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ปัจจัยจากครอบครัว สิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยจากตัวบุคคลที่มีเกี่ยวข้องกับความเข้าใจต่อคำว่าสุขภาพทางเพศ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีสุขภาพทางเพศที่ดี การรับรู้สิทธิ ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างชายหญิงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศค่อนข้างมาก ซึ่งการเริ่มต้นของความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เหล่านี้เกิดจากการอบรมปลูกฝังในครอบครัว โรงเรียนตั้งแต่วัยเด็ก และเมื่อโตขึ้นอิทธิพลของสังคมก็เข้ามามีบทบาทในการกำหนดแบบแผนของผู้หญิงให้น้อยกว่าผู้ชายชัดเจนยิ่งขึ้น จนก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเพศในสังคม

สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนอกจากการรับประทายาต้านไวรัสเอชไอวีแล้ว ยังมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ส่งเสริมให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย ตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอป้องกันโรคอื่นๆ เป็นต้น ความสามารถในการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้มีสุขภาพทางเพศที่ดีนั้น ก็มีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดี

อย่างไรก็ตามการวิจัยที่ผ่านมาได้ศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย แต่การศึกษาวิจัยอาจยังไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุมในทุกมิติของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการรับรู้ของผู้หญิงต่อสุขภาพทางเพศมากยิ่งขึ้น และการเลือกใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพนั้นจะทำให้สามารถสะท้อนให้เห็นความรู้สึกของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อสุขภาพทางเพศได้หลายมิติ และค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงกลุ่มนี้ได้ ซึ่งเชื่อว่าจะมีประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีให้ประสบความสำเร็จ โดยการศึกษาวิจัยนี้จะศึกษาสุขภาพทางเพศตั้งแต่ก่อนติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในทุกด้าน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

ใช้ระเบียบและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative design) โดยใช้วิธีเก็บด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทำให้เข้าใจถึงสถานการณ์และความจริงตามทัศนะของผู้ถูกศึกษาในทุกมิติของกลุ่มเป้าหมาย

2. ประชากร และผู้ให้ข้อมูล

หญิงไทยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่จะต้องมาพบแพทย์ที่คลินิกภูมิคุ้มกัน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. หญิงไทยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. มีเชื้อชาติไทย และสัญชาติไทย สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. ไม่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกาย และทางจิตใจ อารมณ์ เช่น มีความเครียด, หดหู่, วิตกกังวล ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมคนให้ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมาตามนัดหมาย หรือผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ให้ข้อมูล

2. มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ อารมณ์ ในระหว่างการเก็บข้อมูล จนไม่สามารถให้สัมภาษณ์ หรือพูดคุยได้
3. ต้องการออกจากกรวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ มีการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ราย แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย ที่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลรายอื่นอีก 4 รายที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เนื่องจาก ไม่สะดวกในการนัดพบ และผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อได้อีก ซึ่งจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้ง 14 รายนี้ ผู้วิจัย พิจารณาจากความเพียงพอหรือความอึดตัวของข้อมูลโดยพิจารณาว่าเมื่อข้อมูลสามารถตอบ วัตถุประสงค์ และตรวจสอบข้อค้นพบว่า ได้รับ การอธิบายอย่างหลากหลาย และไม่มีข้อมูลใหม่ เกิดขึ้นอีก

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัญหาและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะมีเทคนิคที่ใช้ คือ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าสถานศึกษาเพื่อแนะนำตัวอธิบายถึงรายละเอียดในการทำวิจัย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย พร้อมทั้งบอกถึงลักษณะของการสนทนา การขออนุญาตบันทึกเสียง ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาแต่ละครั้ง สถานที่เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สะดวกและเป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความรู้สึกสบายใจที่จะพูดคุย การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การนำผลการวิเคราะห์ไปอภิปรายและตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ในเชิงวิชาการโดยไม่มีการรับรองแก่ผู้ให้ข้อมูลว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อจริงของผู้ให้ข้อมูล แต่จะใช้ชื่อสมมุติแทน และหลักฐานการบันทึก การสนทนาทั้งหมด จะถูกทำลายทิ้งหลังสิ้นสุดการวิจัย ในระหว่างการสนทนา ถ้าผู้ถูกสัมภาษณ์ไม่ต้องการตอบบางคำถาม ซึ่งไม่สะดวกที่จะตอบ สามารถหยุดการสนทนาได้ตามความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยให้โอกาสซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจนผู้ให้ข้อมูลพอใจ นอกจากนั้น ก่อนที่จะดำเนินการวิจัยจะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดล [46]

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรกที่คลินิก เพื่อขอความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและอธิบายรายละเอียดของการศึกษาวิจัย สำหรับการพบครั้งต่อไปนั้นจะเป็นสถานที่อื่นๆ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้กำหนดเองตามความสะดวกและสบายใจของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลกำหนดนั้นส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว มิดชิด ไม่มีคนเดินเข้าออก นอกจากผู้วิจัย ได้แก่ ที่ทำงานของผู้วิจัย 10 ราย ที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูล 1 ราย บ้านของผู้ให้ข้อมูล 1 ราย บ้านของผู้วิจัย 1 ราย และสวนสาธารณะ 1 ราย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ได้เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองให้กับครอบครัวทราบ ดังนั้นส่วนใหญ่จึงมีการเลือกสถานที่ที่ไม่ใช่บ้านของผู้ให้ข้อมูล

การเก็บข้อมูลในที่ทำงานของผู้วิจัยนั้น จะนัดหมายเป็นช่วงเวลาหลังเลิกงานเพื่อไม่มีเจ้าหน้าที่คนอื่นๆ เข้ามารบกวน ห้องที่ใช้ในการสนทนาเป็นห้องแยกและมีความเป็นส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความรู้สึกสะดวกใจในการมาพบผู้วิจัยที่ทำงาน แต่ผู้ให้ข้อมูล 1 รายเลือกสถานที่ที่เป็นสวนสาธารณะเพราะใกล้บ้านและเป็นสวนสาธารณะที่มีผู้มาใช้บริการน้อย บริเวณที่ใช้ในการสนทนานั้น ผู้ให้ข้อมูลเลือกบริเวณที่ไม่มีผู้คนเดินผ่านมา เมื่อมีคนเข้ามานั่งพักใกล้ ผู้ให้ข้อมูลก็จะมีการย้ายตำแหน่งไปบริเวณอื่น สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เลือกให้ผู้วิจัย ไปสัมภาษณ์ที่บ้านนั้น เป็นผู้ที่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองกับครอบครัวแล้ว และเนื่องจากมีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปคลินิก

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนด้วยกัน คือขั้นตอนการเตรียมการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ

1.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ให้ช่วยแนะนำข้อมูล และประวัติการติดเชื้อ ประวัติการรักษา ประวัติการรับประทานยาต้านไวรัส ตลอดจนประวัติการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และช่วยแนะนำผู้วิจัยให้แก่ผู้ป่วย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้วิจัยเป็นนักศึกษาที่กำลังทำการวิจัย และขออนุญาตพูดคุยเพื่อแนะนำตัวและพูดคุยซักถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ที่อยู่อาศัย และประเมินความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูล

1.2 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ เนื่องจากผู้วิจัยเคยทำงานดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานที่แห่งนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับสถานที่ เจ้าหน้าที่ ตลอดจนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลแห่งนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางคนเป็นผู้ป่วยที่ผู้วิจัยเคยดูแลมาก่อน จึงทำให้สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ป่วยได้ง่ายมากขึ้น ผู้วิจัยเริ่มทำความรู้จักและสร้างความสัมพันธ์ให้เกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง โดยปฏิบัติตามแนวทางของการขอคำยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ตามที่กล่าวไว้เบื้องต้น และใช้ประสบการณ์จากการทำงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หลักการในการสร้างสัมพันธภาพของผู้วิจัยนั้น เริ่มต้นโดยการแนะนำตัวเองกับผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งอธิบายรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดแรงจูงใจที่จะแบ่งปันประสบการณ์ชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของตนเอง และให้เวลาผู้ให้ข้อมูลในการคิดไตร่ตรองว่าพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการหรือไม่ หากผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะขอให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ถ้าผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมที่จะให้คำตอบ ผู้วิจัยสามารถกลับไปติดต่อทบทวนอีกครั้งว่ายินดีเข้าร่วมโครงการหรือไม่ แล้วทำการนัดหมายต่อไปภายหลัง

1.3 กำหนดสถานที่เก็บข้อมูล เมื่อมีการแนะนำตนเองและผู้ให้ข้อมูลสมัครใจที่จะให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของการทำวิจัยเรื่องนี้ และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มของใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยดังแสดงในภาคผนวก เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิและให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้ซักถามข้อมูล ข้อสงสัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทำการนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ว่า เมื่อใด และที่ใด ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้กำหนดว่า ต้องการให้สัมภาษณ์ที่ใด

1.4 ทดลองเก็บข้อมูลก่อนเก็บข้อมูลจริง แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ช่วงด้วยกัน คือ ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มต้นเก็บข้อมูลเบื้องต้นก่อนที่ทำการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นแนวทางและเข้าใจกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย ทำการสำรวจผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 154 คน ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2550 เพื่อประโยชน์ในการเข้าใจปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และเพื่อเป็นแนวทางในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป ในช่วงที่ 2 คือการสร้างกรอบแนวคำถามซึ่งเป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์ครั้งแรก พร้อมกับจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ บันทึกข้อมูลให้เป็นไปตามเป้าหมายอย่างราบรื่น ทั้งนี้เพื่อเป็นการตรวจสอบความพร้อมของผู้วิจัย และตรวจสอบว่าแนวคำถามที่นำไปถามผู้ให้ข้อมูลนั้นเหมาะสมเพียงใด เพื่อปรับแนวทางสัมภาษณ์ให้เหมาะสมในการสัมภาษณ์จริง

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

เมื่อผู้ให้ข้อมูลแสดงความยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการดังนี้

2.1 การนัดหมายวัน เวลาและสถานที่สัมภาษณ์ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลว่าสะดวกให้ข้อมูลที่ใด อาทิ ที่คลินิกเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ ที่บ้าน สวนสาธารณะ หรือสถานที่นอกบ้านที่ไม่มีผู้คนพลุกพล่าน เป็นต้น ซึ่งสถานที่เหล่านี้จะมีความเป็นส่วนตัว ไม่ถูกรบกวนจากผู้อื่น เนื่องจากประเด็นสัมภาษณ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกไม่ยากให้คนในครอบครัว หรือคนรู้จักคนอื่นๆ ได้ยินหรือทราบว่าผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นใคร และพูดคุยเรื่องอะไร ดังนั้น การนัดหมายจะขึ้นอยู่กับผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน และสบายใจ นอกจากการเก็บข้อมูลโดยเผชิญหน้ากันแล้ว ยังมีการใช้วิธีโทรศัพท์พูดคุยเพิ่มเติมกับผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมและผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถออกมาพบผู้วิจัยหรือไม่สะดวกที่จะให้ผู้วิจัยไปพบ ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามผู้ให้ข้อมูลว่าจะสะดวกในการให้ข้อมูลเมื่อใด ซึ่งส่วนใหญ่จะสามารถพูดคุยได้นานในช่วงเวลากลางวันของผู้ให้ข้อมูลเลิกงานแล้ว

2.2 วิธีการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในการเข้าถึงข้อมูล การสนทนาทำเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยพยายามพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นธรรมชาติ โดยยึดหลักความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวบุคคล ผู้วิจัยรับฟังและพยายามรับรู้ความเป็นตัวตนของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้สามารถสัมผัสรับรู้กับทุกสิ่งทุกอย่างที่ผู้ให้ข้อมูลคิดและรู้สึก การพบกับผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายเฉลี่ยแล้วจะพบกันประมาณ 2-3 ครั้ง และใช้วิธีโทรศัพท์สัมภาษณ์ตามขั้นตอนดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.3 บรรยากาศการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นกันเอง และใช้คำแทนตนเองด้วยชื่อเล่นของผู้วิจัย และชื่อเล่นของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดความคุ้นเคยกันเป็นอย่างมาก ไม่เกร็งขณะที่มีการสัมภาษณ์ สำหรับสถานที่ในการสนทนา ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่ที่เงียบ สงบ มีความเป็นส่วนตัว และไม่ถูกรบกวนจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งในการสนทนาแต่ละครั้งผู้วิจัยจะถามผู้ให้ข้อมูลก่อนว่าจะสะดวกที่ไหนในการนัดพบ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้ให้ข้อมูลเผชิญอยู่ขณะนี้มีปัญหาในการเปิดเผยตนเองหรือแสดงตัวว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีนี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นเข้ามาถามตนว่าผู้วิจัยเป็นใคร มาจากไหน ต้องการอะไร

2.4 การพบกันในแต่ละครั้ง เมื่อพบกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงผู้ให้ข้อมูลถึงเหตุผลของการใช้เครื่องบันทึกเทป มีการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งที่จะมีการอัดเทปสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจและเข้าใจถึงเหตุผลของการบันทึกเทป และบอกผู้ให้ข้อมูลว่าข้อมูลที่อัดเทป หรือจดบันทึก จะไม่มีการนำไปเผยแพร่ต่อบุคคลอื่น ไม่มีการเปิดเผยชื่อ นามสกุล ลงในรายงานใดๆ ทั้งสิ้น ในการศึกษาผู้ให้ข้อมูลยินดีให้บันทึกเทปทุกราย ในการพบกันครั้งนี้ผู้วิจัยจะเริ่มต้นพูดคุยโดยการทักทายเพื่อสร้างสัมพันธภาพในเรื่องต่างๆ ไปก่อนสักครู่ จึงเริ่มเข้าสู่ประเด็นโดยผู้วิจัยปฏิบัติเหมือนการพบกันครั้งแรก ถ้าข้อมูลที่ได้นั้นครบถ้วนสมบูรณ์ไม่มีข้อคำถามใดๆ เพิ่มเติมแล้ว ผู้วิจัยได้บอกผู้ให้ข้อมูลว่าจะไม่มีการนัดพบครั้งต่อไป และให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งว่าจะรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลไว้เป็นส่วนตัว ดังที่ได้กล่าวไว้ในข้างต้น และบอกแก่ผู้ให้ข้อมูลว่า ถ้าต้องการสอบถามหรือมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ ระยะเวลาที่ใช้ในการพูดคุย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลสะดวกพูดคุย ผู้วิจัยก็พูดคุยไปเรื่อยๆ ตามแนวทางการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง ในการพูดคุยแต่ละครั้งถ้าผู้ให้ข้อมูลเริ่มไม่สบายใจที่จะเล่าต่อหรือมีเหตุการณ์ใดๆ ที่แทรกเข้ามาแล้วทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีสมาธิ หรือเกิดความกังวล ผู้วิจัยจะยุติการสนทนาแล้วทำการนัดหมายครั้งต่อไป

2.5 การบันทึกข้อมูลการสนทนา ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้

- ปล่อยให้การสนทนาคลี่คลายไปเรื่อยๆ อย่างเป็นธรรมชาติ และผู้วิจัยพยายามทำความเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น
- สรุปสิ่งที่ได้ยินเพื่อจัดระบบเนื้อหา วิเคราะห์เบื้องต้น และจับประเด็น เพื่อตั้งคำถามในใจสำหรับการถามคำถามต่อไปให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกย้อนกลับมาสร้างเป็นคำถามที่จะใช้ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกต่อไปอย่างต่อเนื่องในลักษณะการแกะรอยข้อมูล (tracking) ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นวัฏจักรตลอดกระบวนการสัมภาษณ์และกระบวนการวิจัย
- จัดเกลาคำถามก่อนที่จะใช้ในการสนทนาจริง เพื่อมิให้คุกคามอารมณ์ ความรู้สึกหรือศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล และคำถามที่ใช้ถามในการสัมภาษณ์เป็นคำถามที่ได้จากการตามรอยความสนใจของผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ความต้องการ ความคับข้องใจ โดยในระหว่างการสนทนาผู้วิจัยสังเกตและทำการจดบันทึก สีนหน้าท่าทาง อากัปกิริยา การแสดงออกของอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลขณะเล่าเรื่องหรือพูดถึงประเด็นใด ซึ่งจะทำให้ทราบความรู้สึกที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ได้บอกออกมาเป็นคำพูดอย่างชัดเจนเพื่อนำไปสู่การถามคำถามต่อเนื่องให้เข้าถึงความหมายที่แท้จริงต่อไป

- ในกรณีที่ขณะสนทนากันในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น สะเทือนใจมาก เสียใจ ร้องไห้จนไม่สามารถพูดคุยต่อได้ ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนบทบาทของการเป็นผู้วิจัยไปเป็นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยจะยุติการสนทนาและอยู่เป็นเพื่อนเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจผู้ให้ข้อมูล

- การตั้งคำถาม ผู้วิจัยจะเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ แบบกว้างๆ ก่อน เช่น เป็นอย่างไรบ้างวันนี้ หรือ ทำงานเป็นอย่างไรบ้าง หรือ ปกติวันนี้จะไปไหน ทำอะไร เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มคิดเกี่ยวกับประเด็นที่จะสัมภาษณ์ในลักษณะทั่วๆ ไป จากนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่บรรยากาศการสนทนามากขึ้นก็จะใช้คำถามที่แคบเข้า เพื่อนำไปสู่ประเด็นที่มีความเฉพาะเจาะจงอย่างค่อยเป็นค่อยไป

- ในบางครั้งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถามหรือไม่สบายใจในช่วงของการสนทนา ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่ผู้ให้ข้อมูลไม่เข้าใจในข้อคำถาม หรือไม่รู้ว่าจะตอบอย่างไร ผู้วิจัยจะพิจารณาแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า โดยการเงียบชั่วคราวและรอให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ความคิดและพูดออกมาเอง กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยการประสานสายตา การใช้คำพูดกระตุ้น ถามคำถามซ้ำอีกครั้ง ปรับคำถามให้ง่าย เข้าใจมากขึ้น แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลยังไม่ตอบคำถามก็สามารถเปลี่ยนไปถามข้ออื่น ผู้วิจัยไม่เคร่งครัดในเรื่องโครงสร้างของการสนทนา สามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ เพื่อให้เกิดความสะดวกทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย

- ในการยุติการสนทนา จะทำด้วยเทคนิคแบบใช้คำพูดและแบบไม่ใช่คำพูด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่น การบอกอย่างตรงไปตรงมาว่าผู้วิจัยจะยุติการสนทนาพร้อมกับบอกเหตุผลที่ต้องยุติการพูดคุยในขณะนั้นและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้สอบถามในสิ่งที่ค้างคาใจ พร้อมกับทบทวนการรักษาลับและประโยชน์ที่คาดว่าจะสังคมจะได้รับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เช่น “ดิฉันขอให้คุณมั่นใจได้ว่า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เราคุยกันในวันนี้ จะถูกเก็บเป็นความลับที่เราจะรู้กันเพียงสองคนเท่านั้น”

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ตัวผู้วิจัย และอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยศึกษาด้วยตัวเองและทบทวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจระเบียบวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้องถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทดลองฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อให้ได้งานวิจัยออกมาอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ก่อนทำการวิจัย ระหว่างการวิจัย หลักการวิจัย และผู้วิจัยเตรียมความรู้ด้านสุขภาพทางเพศ และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และเนื้อหาวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ถุงยางอนามัย คือ พยาธิสภาพของโรคเอดส์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และเชื้อเอชไอวี ทั้งในคนปกติและคนที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล และการปรับทัศนคติการเชิงสถานการณ์ด้านแนวคิดทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์

2. แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Interview guide) เตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนา เพื่อให้ช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์ รวบรวมและคัดเลือกเนื้อหาประเด็นคำถามจากการรวบรวมข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์ ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคยกับการทำงานว่ามีเหตุการณ์ใดที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคำถามนั้นจะถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลทั่วไป ชีวิตส่วนตัวและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาก่อนที่จะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี และหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไรบ้าง ทั้งต่อกับตนเอง ครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศต่างๆ ความรู้สึกหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ การดำเนินชีวิตหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ความคิดที่เกิดขึ้นมาใหม่หลังจากที่ทราบว่าติดเชื้อ ความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ โรคเอดส์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้สึกเมื่อต้องมารับการรักษาพยาบาลและความต้องการความช่วยเหลือ

3. เครื่องบันทึกเสียง ช่วยทำให้งานเก็บข้อมูลในภาคสนามสะดวกมากขึ้น เพราะเครื่องบันทึกเสียงสามารถเก็บรายละเอียดได้อย่างครบถ้วน และทำให้ผู้สัมภาษณ์มีสมาธิ มีความตั้งใจที่จะรับฟังผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น แต่การใช้เครื่องบันทึกเสียงจะใช้กับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับกรณีศึกษาที่ยินยอมให้ทำการบันทึกโดยทำการบันทึกแบบเปิดเผย และรับรองในการที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลให้บุคคลอื่นทราบในเรื่องของการกล่าวหาตักเตือน หรือ วิวาทขู่วิจารณ์เพื่อป้องกันการปกปิดข้อมูลที่สำคัญๆ

4. การบันทึกข้อมูลสนาม (Field notes) เป็นการจดข้อมูลทันทีที่มีโอกาสและหลังจากเข้าสังเกตและสัมภาษณ์แล้ว จากนั้นทำการแบ่งข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อสะดวกในการตรวจสอบและวิเคราะห์ เพื่อเตรียมประเด็นคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลนั้น จะใช้หลักการ Triangulation หรือ หลักการสามเส้า ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงกันของข้อมูลโดยการถามคำถามเดิมซ้ำในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้มีการเปรียบเทียบของข้อมูลในแต่ละครั้งว่ามีความตรงกัน หรือ แตกต่าง กันหรือไม่ อย่างไรบ้าง เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงความจริงมากที่สุด และให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความหมายที่ผู้วิจัยวิเคราะห์เบื้องต้นว่าถูกต้องหรือไม่ นอกจากนั้นได้ทำการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน โดยสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากทีมสุขภาพที่ดูแลอยู่ หรือจากคนใกล้ชิดผู้ป่วย ในกรณีที่คนใกล้ชิดนั้นทราบว่าผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี โดยไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

การตรวจสอบความอึดตัว

สำหรับโครงการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทำการพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามที่สร้างไว้ และประเมินความอึดตัวของข้อมูล โดยการถามคำถามเดิมกับผู้ให้ข้อมูล แล้วดูว่าคำตอบที่ได้มานั้นเป็นอย่างไร มีข้อมูลเพิ่มเติมอีกหรือไม่ คำตอบที่ได้สามารถตอบวัตถุประสงค์ คำถามงานวิจัยได้ หรือผู้วิจัยซักถามจนไม่มีคำถาม หรือข้อสงสัยใดๆ เกิดขึ้นอีก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายทั้งในเรื่องการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ป่วย การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสอบถามจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาโรค นำมาจัดระเบียบ หาโครงสร้าง และหาความหมายของข้อมูลเหล่านั้น ในการนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1987) [47] ซึ่งมีวิธีการดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 อ่านทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่ได้พรรณาไว้โดยไม่มี การตีความ และอ่านซ้ำ ข้อมูลจะถูกนำมาอ่านซ้ำเพื่อให้ได้ภาพรวม โดยการถอดเทปบันทึกเสียง ซึ่งจะถอดชนิดคำต่อคำ โดยรักษาลักษณะที่เป็นธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก และบรรยากาศของการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยไว้ไม่ให้เสียไป ผู้วิจัยจะมีการบรรยายลักษณะของคำพูด เสียง หวหระ น้ำเสียง ท่าทาง ที่ผู้ป่วยได้แสดงออกมาในขณะที่ให้การสัมภาษณ์โดยจะเขียนบรรยายลงในเอกสาร แต่ในบางครั้งเนื่องจากผู้วิจัยอาจต้องคัดลอกภาษาของผู้ป่วยบ้าง เพื่อให้เกิดความ

สละสลวยขึ้น หลักสำคัญในการจัดเกลา ผู้วิจัยจะยังคงทำให้ข้อความคงความหมายเดิม รวมถึงอารมณ์ของผู้ป่วยด้วย จะมีการปรับเปลี่ยนภาษาในกรณีที่เป็นเท่านั้น แต่ถ้ามีการปรับเปลี่ยนภาษาแล้วทำให้ความหมายเปลี่ยนไป ผู้วิจัยก็จะยังคงคำพูดของผู้ป่วยไว้ถึงแม้ว่าจะไม่สละสลวยก็ตาม

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์เนื้อหา และทำการกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความ เป็นแบบรหัสปิด คือ พิจารณาจากกรอบการศึกษาแล้วกำหนดรหัสด้วยคำสำคัญ เช่น ภูมิหลัง ครอบครัว ชีวิตการทำงาน การรักษาโรค สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น จากนั้นผู้วิจัยให้รหัสข้อมูลและอ่านข้อมูลอีกครั้ง โดยการดึงข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทุกตัวอย่างมาแสดงในรหัสเดียวกัน ในกรณีที่พบว่าข้อความนั้นๆ จะมีความสั้นหรือยาวแตกต่างกัน ผู้วิจัยก็จะยัดเอาความหมายเดียวกันเท่านั้นมาให้รหัสตัวเดียวกัน ซึ่งก่อนที่จะทำการให้รหัสผู้วิจัยก็จะเตรียมกำหนดทิศทาง หรือประเด็นหลัก (themes) ที่จะทำหน้าที่เป็นหัวข้อในการวิเคราะห์ โดยกำหนดประเด็นหลักตามคำถามการวิจัย ตามแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ เอาไว้ก่อน หลังจากนั้นหากผู้วิจัยพบว่ามีข้อความบางข้อความที่น่าสนใจและยังไม่ได้ให้รหัส ผู้วิจัยก็จะทำการเพิ่มเติมก็ในระหว่างการให้รหัส

ขั้นตอนที่ 3 ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลและเรียบเรียงข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ของตามรหัสที่กำหนดไว้ เนื่องจากรหัสที่ให้หลายรหัสมีความหมายที่สามารถจัดเป็นกลุ่มเดียวกันได้ ตามคำถามการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ตีความหรือให้ความหมายประโยค ในลักษณะการถอดรหัสที่มีการตีความหมายสัญลักษณ์หรือปรากฏการณ์ที่แฝงเร้นด้วยโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม [47] และโครงสร้างอำนาจอื่นๆ ซึ่งในการตีความ วิเคราะห์คำพูดประโยคต่อประโยคให้ได้ทิศทางของปัญหา ผู้วิจัยจะระมัดระวัง การแสดงออกและข้อมูลที่ไม่อาจให้ความหมายได้เท่ากับความเป็นจริง และข้อกำหนดของตัวผู้วิจัยเองที่อาจถูกครอบงำด้วยกรอบแนวคิดและทำให้ตีความไม่ตรงกับความจริง (Pierce, 1978)

ขั้นตอนที่ 5 ดึงสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อนำไปสรุปเป็นแนวคิดตามกระบวนการอุปนัย (analytical induction) ของการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป [47]

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นประสบการณ์ชีวิตของกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้นามสมมติของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี การนำเสนอแยกเป็นส่วนๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

ส่วนที่ 4 การยอมรับและการอยู่กับเชื้อไวรัสเอชไอวี

ดังรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน เป็นผู้ที่มารับบริการในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี ทุกคนมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.5 ปี อายุสูงสุด 50 ปี อายุน้อยสุด 33 ปี ส่วนใหญ่ติดเชื้อตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปถึง 11 ราย มี 2 รายติดเชื้อเมื่ออายุ 18 และ 25 ปี อายุสูงสุดที่เริ่มติดเชื้อคือ อายุ 40 ปี และทุกคนติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือสามี ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้จบระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 4 จนถึงระดับปริญญาตรี มีอาชีพรับจ้าง 8 ราย ค้าขาย 4 ราย แม่บ้าน 1 ราย และ รับราชการ 1 ราย ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสในปัจจุบันพบว่า แต่งงาน 2 ราย เป็นหม้าย 3 ราย หย่าร้าง 1 ราย เป็นคู่รักที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน 3 ราย และ อยู่กิน

ฉันทสารมีภรรยาโดยไม่มีการแต่งงาน 5 ราย ในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ของตัวผู้หญิงที่ติดเชื้อมันเอง (ตารางที่ 1, 2)

ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด 8 ราย ซึ่งแบ่งเป็นภาคอีสาน 1 ราย ภาคเหนือ 6 ราย ภาคกลาง 1 ราย และกรุงเทพฯ 6 ราย แต่ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลทุกรายอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ ทั้งสิ้น การย้ายถิ่นฐานของผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้นั้น มีเหตุผลที่แตกต่างกัน ได้แก่ เพื่อหางานทำ เพื่อเข้ารับการรักษา มีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งต้องย้ายที่อยู่เพื่อหลบหนีคนในชุมชนเดิม เพราะกลัวว่าจะมีคนรู้สถานะการติดเชื้อของตนเอง

ระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ จบระดับประถมศึกษา 6 ราย มัธยมศึกษา 4 ราย ระดับอาชีวศึกษา 3 ราย และการศึกษาสูงสุด คือ ระดับปริญญาตรี 1 ราย ส่วนการศึกษาน้อยที่สุด คือ ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 2 ราย สาเหตุที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ไม่ได้เรียนหนังสือต่อนั้นส่วนใหญ่เป็นเพราะปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องหยุดการเรียนต่อเพื่อทำงานหาเลี้ยงตัวเองหรือครอบครัว

ตารางที่ 1 ลักษณะภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อ	อายุ	อายุที่เริ่มติดเชื้อ	ระยะเวลาการติดเชื้อ	การศึกษา	อาชีพก่อนติดเชื้อ	อาชีพหลังติดเชื้อ	สถานภาพสมรส	ภูมิลำเนา	ฐานะ
1	42	30	12	ม.6	แม่บ้านสำนักงาน	อยู่บ้านเลี้ยงหลาน	อยู่กินฉันท์สามีภรรยา	กรุงเทพ	ปานกลาง
2	38	28	10	ม.6	ขายอาหาร	ขายอาหาร	คู่รัก	กรุงเทพ	ปานกลาง
3	50	40	10	ม.6	รับราชการ	รับราชการ	หม้าย	กรุงเทพ	ปานกลาง
4	44	30	14	ป.7	รับจ้างทั่วไป	ทำของประดิษฐ์ขาย	อยู่กินฉันท์สามีภรรยา	กรุงเทพ	ยากจน
5	34	18	16	ป.6	เปิดร้านอาหาร	รับจ้างทั่วไป	อยู่กินฉันท์สามีภรรยา	กำแพงเพชร	ปานกลาง
6	35	25	10	ม.6	ช่างเสริมสวย	ช่างเสริมสวย	คู่รัก	อุดรดิตถ์	ปานกลาง
7	50	35	15	ป.4	ลูกจ้างชั่วคราว	ลูกจ้างชั่วคราว	หม้าย	กรุงเทพ	ยากจน
8	46	40	6	ปวช	รับจ้างทั่วไป	รับจ้างทั่วไป	แต่งงาน	ชัยนาท	ยากจน
9	33	25	8	ป.6	พนักงานโรงงาน	รับจ้างทั่วไป	อยู่กินฉันท์สามีภรรยา	กาฬสินธุ์	ปานกลาง
10	42	30	12	ป.ตรี	นักบัญชีบริษัท	นักบัญชีรับจ้างทั่วไป	แต่งงาน	เพชรบูรณ์	ปานกลาง
11	46	36	10	ป.7	ขายอาหาร	ขายอาหาร	คู่รัก	เชียงราย	ปานกลาง
12	42	39	3	ปวช	ขายของเล็กน้อย	ลูกจ้างชั่วคราว	หย่า	พิษณุโลก	ปานกลาง
13	45	32	13	ป.4	พนักงานโรงงาน	ขายอาหารตามตลาดนัด/รับจ้างทั่วไป	อยู่กินฉันท์สามีภรรยา	เพชรบูรณ์	ปานกลาง
14	48	38	10	ปวส	ทำรองเท้าขาย	รับจ้างทั่วไป	หม้าย	กรุงเทพ	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ตารางสรุปภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ลักษณะ	จำนวน (14)	ลักษณะ	จำนวน (14)
อายุ (ปี)		สถานภาพสมรส	
30 – 40	4	คู่รัก	3
41 – 50	10	อยู่กินฉันสามีภรรยา	5
ศาสนา		แต่งงาน	2
พุทธ	14	หม้าย	3
ระดับการศึกษา		หย่า	1
ป.4	2	จำนวนคนที่มีเพศสัมพันธ์	
ป.6	2	1 คน	3
ป.7	2	2 คน	8
ม.6	4	3 คน	0
อนุปริญญา	3	4 คน	2
ปริญญาตรี	1	5 คน	1
การประกอบอาชีพ		ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี	
รับจ้าง	8	1 – 5 ปี	1
ค้าขาย	4	6 – 10 ปี	7
แม่บ้าน	1	11 – 15 ปี	5
รับราชการ	1	16 – 20 ปี	1
ภูมิลำเนา		การรักษา	
กรุงเทพฯ	6	เริ่มยาต้านไวรัส	13
ต่างจังหวัด	8	ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส	1

การติดเชื้อมีชีวิตการทำงาน

ชีวิตการทำงานของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ พบว่าบางรายได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตการทำงาน มีภาวะยากลำบากในการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานคนอื่นๆ บางรายเปิดเผยสถานะการติดเชื้อแต่ต้องอดทนกับการแสดงความรังเกียจของเพื่อนร่วมงาน ต้องปกปิดสถานะการติดเชื้อของตนเอง บ้างก็ไม่กล้า ไม่สบายใจที่จะทำงานเดิมต้องลาออกเพื่อความสบายใจของเพื่อนร่วมงาน หรือบางรายไม่ยอมเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเพราะกลัวการไม่ยอมรับจากสังคม จึงต้องย้ายที่ทำงานเพื่อหลบหนีสังคมเดิม ได้แก่ แก้วหนึ่ง ดวง และอร

เปิดเผยสถานะการติดเชื้อด้วยความจำยอม

แก้วรับราชการอยู่ในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งมาเป็นระยะเวลานานจนสามารถเลือกที่จะปลดเกษียณได้ เธอไม่ได้เข้ารับการรักษานกระทั่งเริ่มมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษา และทำให้เพื่อนร่วมงานทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้ว่าแก้วจะทำงานอยู่ในโรงพยาบาลก็ตามเธอก็ถูกเพื่อนร่วมงานแสดงความรังเกียจอย่างชัดเจน แต่แก้วยังคงต้องการทำงานต่อไป

“เราเขียนใบลาออก บอกว่าสุขภาพไม่ดี น้องสาวก็เลยเดินไปหาหัวหน้าพยาบาล แก้วก็เลยค้นประวัติเรา ก็รู้ว่าเราไม่เคยมาสาย ไม่เคยลาพัก ไม่เคยลาป่วย ไม่เคยเลย....พอหัวหน้าแผนกเรารู้ว่าเราติดเชื้อ แก้วก็พูดว่า เธอจะอยู่ตรงไหน ห้องนี้ไม่เปิดแอร์ เพื่อนที่ทำงานหรือใครมาคุยกับเรา แก้วก็ออกมายืนดูเรา มือเท้าแฉะ เหมือนเราอยู่คนเดียว.... เมื่อก่อนเราเคยเข้าห้องน้ำห้องหนึ่ง พอหัวหน้าแก้วเค้าจะเกษียณ แก้วก็จะให้เราเข้าไปใช้ห้องน้ำรวม เรบอกเราไม่ไปแล้ว ก็ทะเลาะกัน เราเกือบจะไปบอกหัวหน้าพยาบาล คนอื่นๆ พวกเด็กๆ แก้วก็กลัว เรารู้ทั้งนั้นแหละ อ่านใจคนในห้องนี้ทั้งนั้นแหละ พอตอนหลังเราสุขภาพดีขึ้นมา แก้วก็ยอมรับ เวลากินข้าวเมื่อก่อนก็กินด้วยกัน เดียวนี้เค้าก็ไม่อยากมากินด้วย เราก็บอกว่าคนไหนอยากกินมากินกับฉัน เรามีช้อนกลางตลอดเลย ถ้วยชาม ช้อน แก้ว ทุกอย่างเราเตรียมมาหมด เราก็กินกันตัวเรา” (แก้ว)

ไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อ

การปกปิดสถานะการติดเชื้อในสถานที่ทำงานนั้น เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างมาก รวมถึงผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อกลุ่มนี้เช่นกันที่ต้องประสบเกี่ยวกับการทำงาน

เช่น หนึ่ง ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น นอกจากนั้น “ดวง” ก็เป็นผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งที่มีช่วงเวลาที่ยากลำบากในการทำงาน ซึ่งเปิดร้านอาหารร่วมกับเพื่อนอยู่ต่างจังหวัด แต่ด้วยความทุกข์ใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย จึงไม่มีกำลังใจที่จะทำงาน รวมทั้งเกรงว่าเพื่อน และลูกค้าจะทราบว่าเป็นตัวเอง คิดเชื่อ ความคิดต้องการปกปิดตัวเองทำให้ไม่สามารถทำงานต่อไปได้ และได้ย้ายเข้ามาทำงานเป็นอาสาสมัครชมรมผู้ติดเชื้อในกรุงเทพฯ จนถึงปัจจุบัน

“พอหลังจากเลิกกับแฟน ได้สัก 2-3 เดือน เขาก็ป่วย แล้วก็เลยได้กลับไปเยี่ยมเขา หมอแนะนำให้เราตรวจ ก็เลยเจอว่าเราติดเชื้อ แล้วเราไม่สามารถจะบอกกับใครได้เลย เพราะว่าตอนนั้นเราหุ้नกับเพื่อน ทำร้านอาหารอยู่ด้วย เก็บตัวไม่ออกไปที่ร้านน่าจะเป็นอาทิตย์ จนร้านเริ่มแย เราารู้จักคนเยอะ เราเทคแคร์เก่ง เราชอบเอนเทอร์เทนเรื่องพวกนี้ แล้วหน้าที่ของเราเหมือนเราเป็นรีเซพชัน....พอรู้ว่าติดเชื้อ เราก็เก็บตัวเองสับดาห้กว่าอย่างทีบอก เราเครียดล้วทีบอกขอพักสักครู่ ก็อดว่งเป็นคนพูดตรงด้วยใจ บอกไม่ยอมรับแขกขอโทษด้วยสุดท้ายเราก็เลิกทำ” (ดวง)

กังวลใจกับการทำงานร่วมกับผู้อื่น

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีอาชีพรับจ้างรายหนึ่งต้องลาออกจากที่ทำงานเพราะไม่สบายใจที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น “หนึ่ง” ซึ่งเกิดที่กรุงเทพฯ เริ่มทำงานเป็นแม่บ้านประจำบริษัทแห่งหนึ่ง เป็นคนที่ขยันทำงาน และเป็นที่รักของทุกคนในที่ทำงาน เมื่อเธอติดเชื้อเอชไอวี จึงรู้สึกไม่สบายใจและกังวลว่าคนในที่ทำงานจะทราบว่าตนเองติดเชื้อ จึงตัดสินใจลาออกและคิดหางานทำใหม่ ถึงแม้ว่าหัวหน้าของ “หนึ่ง” มีความเห็นใจในภาวะการเจ็บป่วย และยินดีให้หนึ่งทำงานต่อได้ แต่ “หนึ่ง” ยังยืนยันที่จะลาออกเนื่องจากมีความกังวลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างมาก หลังจากนั้นสามีของหนึ่งมีความรู้สึกผิดที่เป็นผู้นำเชื้อเอชไอวีมาแพร่ให้กับหนึ่ง และทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้มีรายได้เพียงพอเลี้ยงครอบครัว และให้หนึ่งเป็นแม่บ้าน เลี้ยงหลานเพียงอย่างเดียว

“พี่ที่ทำงานบริษัท เป็นแม่บ้าน พอรู้ว่าตัวเองติดเชื้อ ก็ไปตรวจที่....ไปบริจาคเลือดแล้วก็มียจดหมายมาบอกว่าเลือดมีปัญหา พอเรารู้เราก็อ่สบายใจ ก็บอกหัวหน้าว่าจะลาออก เพราะไม่ค่อยสบาย พอพี่ออกมาเค้ายังมาตามให้พี่กลับไปทำงานต่อ พี่ก็ม่รู้จะพูดยังงั ว่าเราเป็นอะไร สุดท้ายก็เลยบอกเค้าไปตรงๆ แล้วเค้าก็ให้เงินเรามาก่อนหนึ่ง เจ้านายเราดี แต่ว่าคนรอบข้างเค้าก็รู้สึกไม่สบายใจ.....เราคุยกับคนอื่นๆ เรายังรู้เ็นว่าเค้าคิดยังงั เรายังกลัว ก็นข้าวกับเค้า ก็คิดว่าเค้าจะติดจากเรามั้ย ตอนนั้นความรู้เราก็อ่ยังไม่ค่อยมี มันหลายอย่าง พอดีวันนั้นหัวหน้าให้เงิน ก็ทำงานอีก 2 วัน แล้วก็ไม่ได้ไปอีกเลย คือเราบอกหัวหน้าแล้ว แก่ไม่ให้เราออก นี่เราออกมาทีถาม

กับคนรอบข้าง เราก็คิดนะว่าจะเขียนจดหมายกลับไปหา หรือจะไปหาแกเดี๋ยวนั้น เพราะแกเหมือนจะย้ายบริษัท ช่วงนั้นเค้าซื้อที่ใหม่” (หนึ่ง)

ย้ายที่ทำงานจากสังคมเดิม

การหลบหนีสังคมรอบข้างเพื่อไม่ให้มีใครทราบว่าตนเองติดเชืื่อนั้น เกิดขึ้นกับ “อร” ผู้ให้ข้อมูลอีกราย อร เรียนจบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการบัญชี หลังจากเรียนจบได้ประมาณ 3 ปี อรแต่งงานกับสามีซึ่งเป็นคนรักคนแรก จากนั้นย้ายไปทำงานที่ จังหวัด.... เนื่องจากสามีต้องไปประจำสาขาของบริษัทที่นั่น อรทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อไปฝากครรภ์ที่คลินิก จังหวัด.... หลังคลอดลูกระยะหนึ่งแล้วอรและครอบครัว ตัดสินใจย้ายมากรุงเทพฯ เนื่องจากเกรงว่าจะมีคนรู้เรื่องการติดเชื้อของตน อรช่วยเพื่อนทำงานด้านบัญชีที่บริษัทแห่งหนึ่ง และรับจ้างทั่วไป เพื่อหารายได้เสริมอีกทางหนึ่งด้วย เธอไม่สามารถทำงานบริษัทใหญ่ๆ ได้เพราะมักจะมีกฎข้อบังคับต่างๆ มากมาย ซึ่งเธอมีหน้าที่ที่ต้องคอยรับส่งลูก มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ต้องขาดงานเป็นประจำ

“เราเรียนเกี่ยวกับบัญชี เราก็ทำงานด้านนี้มาตลอด พอแต่งงาน 29 ปี พอ 30 ปี ก็เริ่มต้องไปฝากท้องที่คลินิกเลยรู้ว่าติดเชื้อ ตอนท้องได้ 4 เดือน เมื่อก่อนก็อยู่กรุงเทพด้วยกัน แล้วก็ย้ายกันไปอยู่ที่โน่น....แฟนเค้ามีอาการ ก็ดูออก คือแฟนเค้าจะเป็นต่อมน้ำเหลืองโตติดเชื้ออะไรพวกนี้ ผอม ทำอะไรไม่ได้ อาการก็ทรุดลง พอกินยามันก็ดีขึ้น แต่มันจังหวัดเล็ก ปากคนพูดกัน เราก็เลยคิดว่าเราย้ายดีกว่า ลูกก็โตขึ้นทุกวัน ตอนมากรุงเทพ ลูกก็ขึ้น ป.1 ตอนนั้นก็ ป.5 อีกอย่างแฟนเค้าทำงานเป็นเซล เค้าต้องติดต่อกันเยอะ คนพูดมากๆ มันก็ไม่ดี....อะไรที่จะต้องเปิดตัวเราจะไม่รับเลย ไม่เอาเลย เราคิดว่าเรามีลูกในอนาคต ลูกต้องอยู่ในสังคม ถ้ารอบตัวลูกเราเค้ารับไม่ได้ เค้าก็จะเป็เด็กมีปัญหา ก็จะปิดตัวเองตลอด” (อร)

ชีวิตครอบครัว

ชีวิตครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ก่อนข้างมีความหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวในสมัยวัยเด็ก หรือเมื่อแยกมามีครอบครัวเป็นของตนเอง จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวในช่วงก่อนแต่งงานไม่ดีนัก ได้แก่ หนึ่ง ดวง และปาน ทั้ง 3 รายนี้มีความต้องการออกจากบ้านไปอยู่ข้างนอก โดยหนึ่งไปอยู่กับญาติ ดวงและปานย้ายไปอยู่กับคนรัก ทั้ง 3 รายมีสามีโดยไม่ผ่านพิธีการแต่งงานทั้งสิ้น และมีเพียงหนึ่งเท่านั้นที่มีลูก

ชีวิตครอบครัวของหนึ่ง ดวง และปาน หลังจากที่อยู่จากบ้านมาแล้ว ไม่ได้ราบรื่นดังที่คาดหวังไว้ ยกตัวอย่างครอบครัวของหนึ่ง เมื่อแม่ของหนึ่งเสียชีวิต ทำให้พ่อมีภรรยาใหม่ การอยู่ร่วมกับครอบครัวใหม่ของพ่อ นั้น มีปัญหากันระหว่างลูกเลี้ยงและแม่เลี้ยงมาโดยตลอด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้หนึ่งตัดสินใจออกจากบ้านมาอยู่กับญาติ และย้ายมาอยู่กับคนรักในเวลาต่อมา จนมีบุตรด้วยกัน 2 คน เนื่องจากสามีของหนึ่งเป็นคนเจ้าชู้ทำให้ต้องแยกทางกัน หลังจากนั้น หนึ่งจึงได้พบกับสามีคนปัจจุบัน ซึ่งเป็นคนที่ทำให้คิดเชื่อเซโฮวี แต่ไม่ได้มีลูกด้วยกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวใหม่ของหนึ่ง มีปัญหาในเรื่องสัมพันธ์ภรรยาพระหว่างสามีใหม่และลูกสาวของหนึ่ง แต่สามีของหนึ่งรักหลานของหนึ่งมากและรู้สึกผิดที่ตนเองเป็นผู้นำเข้ามาให้ ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้นเรื่อยๆ และสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข

“เมื่อก่อนก็อยู่กับพ่อ แม่ ต่อมาแม่ตาย พ่อก็มีเมียใหม่ พี่เข้ากับแม่เลี้ยงไม่ได้ มีปัญหากัน ก็เลยย้ายไปอยู่กับอาที่พระประแดง พ่อมีแฟนเราก็แยกออกมาอยู่กับเค้า...แฟนเค้าเป็นคนเจ้าชู้ มีผู้หญิงหลายคน อยู่กับคนเก่าเกือบสิบปี มีลูกสองคน ผู้หญิงคนโต ผู้ชายคนเล็ก แล้วเค้าไปมีคนอื่นก็เลยแยกกัน หลังจากนั้นประมาณ 5 ปี ก็มาเจอแฟนคนปัจจุบันนี้แหละ” (หนึ่ง)

ชีวิตในวัยเด็กของ “ดวง” มีชีวิตครอบครัวที่แตกแยก พ่อแม่เลิกรากันตั้งแต่อายุได้เพียง 3 ปี และต้องไปอาศัยอยู่กับญาติคนอื่นๆ ดวงเล่าให้ฟังว่าพ่อแม่แยกทางกันตั้งแต่ยังเล็ก ต่อมาใช้ชีวิตอยู่กับแม่เพราะพ่อมีภรรยาใหม่ แต่ไม่นานนักก็ต้องย้ายมาอยู่กับย่า เพราะแม่มีสามีใหม่เช่นกัน การใช้ชีวิตอยู่กับย่าของดวง ไม่ใช่เรื่องง่าย ดวงโดนตีบ่อยครั้ง ซึ่งดวงเชื่อว่าย่าไม่พอใจพฤติกรรมพ่อของดวงที่เป็นคนเจ้าชู้ จึงทำให้ย่ามีอารมณ์รุนแรง มักจะลงโทษตนเอง กับพี่สาวคนอื่นๆ อย่างหนักเสมอ ทำให้ดวงพยายามหนีออกจากบ้าน และในที่สุดก็เลือกใช้ชีวิตกับคนรักโดยไม่ผ่านการแต่งงาน ต้องต่อสู้และเข้มแข็งเพื่อที่จะดำเนินชีวิตให้ได้ด้วยตนเอง

“ดวงเกิดที่กำแพงเพชร พ่อกับแม่แยกกันตอนเราอายุได้ 3 ขวบ เสร็จแล้วเราก็อยู่กับแม่เลย คือเค้าไปมีแฟนใหม่ อยู่กับแม่จน 7 ขวบ แม่ก็มีแฟนใหม่ เขาก็ส่งเราไปอยู่กับย่าอีก พี่น้องเรามี 3 คน แต่คนโตไปอยู่กับย่าก่อนแล้ว ย่าโหด โหดมากไม่มีใครทนไหว ย่าพามาอยู่ที่นครสวรรค์ ตอนเล็กๆ เคยหนีครั้งนึงแล้ว สามคนพี่น้องหนีมากรุงเทพ แล้วย่าตามเจอ หยิก ตี มาตั้งแต่กรุงเทพ จนถึงนครสวรรค์เลย ตอนหลังพี่สาวทั้ง 2 คน หนีออกจากบ้านหมดแล้ว เหลือเราคนเดียว หนีตั้งแต่เราไปอยู่ได้แค่ ป.2 ป.3 เขาก็ทิ้งเราไว้ไง เราก็รับกรรมคนเดียว เราก็โดนตีอย่างนั้นมาตลอด พอโตมีคนแถวบ้านกำลังหาคนไปเลี้ยงเด็ก เราก็เลยหนีไปรับจ้างเลี้ยงเด็ก ย่าก็ไม่รู้ เค้าก็ตาม ตามไม่เจอ เพราะเราไม่ได้ไปบ้านย่า กลัวย่าตามเจอ เราก็อยู่กรุงเทพฯ ได้ไม่นานก็

คิดถึงบ้าน แต่ตอนนั้นย้ายมาอยู่แล้ว ก็ไปหาอยู่ที่วัดบ่อยๆ ก็เลยได้เจอกับแฟนเพราะเค้าจับวินมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คบกันได้ 3-4 เดือนก็ย้ายมาอยู่กับแฟนตอนนั้นอายุ 14 ย่าง 15” (ดวง)

ปานอาศัยอยู่กับครอบครัวที่ค่อนข้างอยู่ในฐานะเปียบไม่ค่อยมีโอกาสได้พบปะผู้คนมากนักและมักจะโดนตีบ่อยครั้งเมื่อพ่อแม่เห็นว่าคุยกับเพื่อนผู้ชาย ถึงแม้ว่าจะมีการขอให้ไปมาหาสู่กันอย่างเปิดเผย แต่ก็ไม่ได้รับการยอมรับจากพ่อและแม่ จนในที่สุดก็หนีไปอยู่กับคนรักที่ต่างจังหวัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เราไม่ค่อยสนิทกับแม่...คุยกับใครก็ได้ พ่อจะพามาคุยในบ้าน ก็ไล่กลับเราก็เลยต้องแอบคุย...พอพ่อเสียไม่เท่าไรก็ต้องแยกออกมา คบกับแฟนมาห้าปีพ่อเสียไปได้สองเดือน ก็เลยหนีตามกันไปอยู่ที่ราชบุรี” (ปาน)

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีครอบครัวไม่อบอุ่น ดังที่กล่าวมาข้างต้น แต่ผู้ให้ข้อมูลอีก 11 ราย เติบโตมาในครอบครัวที่ไม่มีความแตกแยก อาจต่างกันในเรื่องของความสนิทสนมระหว่างสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น ซึ่งอย่างน้อยคนในครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหา ให้กำลังใจต่อสู้กับโรคร้าย จากการสัมภาษณ์ 14 ราย ซึ่งมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่แตกต่างกัน ทั้งมีปัญหาและไม่มีปัญหาในครอบครัว ช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ให้ข้อมูล 11 ราย มีสามีหรือคนรักมากกว่า 1 คน ซึ่งรวมถึงผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 รายที่มีประวัติครอบครัวแตกแยก มี 3 รายเท่านั้นที่มีสามีหรือคนรักเพียงคนเดียว และผู้ให้ข้อมูล 9 รายมีลูกแล้ว สาเหตุที่ทำให้เลิกกับสามีหรือคนรักหลายคนนั้น มีหลากหลายสาเหตุ เช่น สามีเจ้าชู้ สามีเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี สามีไม่มีความรับผิดชอบต่อชีวิตครอบครัว เป็นต้น

ตารางที่ 3 จำนวนคนที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีเพศสัมพันธ์ด้วยก่อนและหลังติดเชื้อเอชไอวี

รายชื่อ	จำนวนคนที่มีการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนการติดเชื้อ	จำนวนคนที่มีการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด หลังการติดเชื้อ
1	2	0
2	1	1
3	1	0
4	1	4
5	1	5
6	1	1
7	1	0
8	2	0
9	2	0
10	1	0
11	2	0
12	2	0
13	3	1
14	2	0

สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี

ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก

ก่อนการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ไม่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน และไม่ใช่ผู้หญิงขายบริการทางเพศ แต่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับเชื้อเอชไอวีจากคนรักหรือสามีทั้งสิ้น ผู้ให้ข้อมูล 7 รายที่ติดเชื้อจากสามีคนแรก และหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้มีคนรักใหม่อีก แต่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย มีคนรักใหม่และมีเพศสัมพันธ์กัน ในจำนวนนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่คนรักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 3 รายมีเพศสัมพันธ์กับคนรักที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เล่าว่าสามีหรือคนรักของตนน่าจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นมาก่อนที่จะมาใช้ชีวิตร่วมกัน มีเพียง 2 ราย ได้แก่ ดวง และ แก้ว ที่คาดว่าสามีของตนมีประวัติใช้สารเสพติดและเสียชีวิตจากการใช้สารเสพติดฉีดเข้าเส้นเลือดเกินขนาด น่าจะติดเชื้อจากการใช้เข็มร่วมกันกับผู้ติดเชื้อคนอื่น ส่วนสามีของแก้วนั้นอาจติดเชื้อจากการไปทำรอยสัก กับทหารเกณฑ์กลุ่มหนึ่ง ซึ่งทหารเกณฑ์กลุ่มนี้ทุกคนมีอาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในเวลาต่อมา

ผู้ให้ข้อมูลหลายรายติดเชื้อมาจากสามีคนแรก เพราะความไว้วางใจคนรัก และไม่ทราบว่าคนรักของตนนั้นมีประวัติเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีมาก่อน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก่อนที่จะแต่งงาน เค้าอาจมีตามประสาผู้ชายบ้าง เพื่อนฝูง มีแฟนเก่าอะไรอย่างนี้ รัตน์ไม่รู้หลังจากที่แฟนเสียได้ ปีสองปี รัตน์ไม่รู้ว่ามีผู้หญิงที่แต่งงานสพป้อมเป็นใคร ก็เพิ่งมารู้ทีหลังว่าเป็นแฟนเก่า” (รัตน์)

เหตุที่รู้ว่าติดเชื้อ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายทราบว่าตนเองติดเชื้อ จากการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเมื่อไปฝากครรภ์ มี 1 รายที่เกิดอุบัติเหตุต้องเข้ารับการผ่าตัด จึงทราบว่าตนเองติดเชื้อ สามีหรือตนเองรับเชือมานานจนแสดงอาการเจ็บป่วยและเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

“หลังแต่งงานได้ปีกว่าๆ แฟนก็เกิดอุบัติเหตุและรักษาอยู่ที่ รพ.เอกชน รัตน์ก็สังเกตว่า น้ำยาที่ใช้ การดูแล การปฏิบัติของพยาบาล ระมัดระวังในการทำแผล มันแตกต่างกันกับผู้ป่วยคนอื่น เห็นน้ำยาในห้องน้ำเขียนว่าน้ำยาฆ่าเชื้อไวรัสเอชไอวี แต่เค้าซ่อนอยู่หลังกระจกในห้องน้ำ พอเห็นอย่างนี้ชักสาม สี่ครั้ง รัตน์ก็ไปตรวจที่รพ.แห่งหนึ่ง ไปตรวจของรัตน์เอง หมอก็ถามว่ารัตน์ตรวจเพราะอะไร รัตน์ไม่ได้บอกว่าสามีรัตน์เป็น รัตน์บอกว่ารัตน์จะไปสมัครงาน ก็ตรวจซิฟิริส กับเอชไอวี พอตรวจสองครั้ง โอเคว่าเป็นก็สรุปว่าเป็นละ” (รัตน์)

แก้วทราบว่าตนเองติดเชื้อ จากการประสบอุบัติเหตุ ทำให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แต่แก้วนั้นประสบอุบัติเหตุด้วยตัวเอง ทั้งคู่ก็ติดเชื้อมาจากสามีเช่นเดียวกัน

“วันนั้นเดินเข้าไปในตลาด ที่นั่นมีคนค้ายาบ้า เฮโรอีน ตำรวจบอกให้หยุดก็ไม่หยุด ที่นี้ก็ยังไปที่ลื้อ ลูกปิ่นกระเด็นใจกะ คงโดนล้อแม่ก็ ลูกปิ่นมันก็กระเด็นมาโดนที่ข้อมือ ก็เลยไปโรงพยาบาล.....หมอเค้าก็เจาะเลือดก่อนครั้งแรก แล้วก็ให้ไปเอกซเรย์ พอได้เข้าห้องผ่าตัด....เราก็ดียืนเสียงพลาศดึกดึ๊งคอง เสียงมันผิดปกติ เราก็เลยบอกหมอว่าอย่าเพิ่งผ่า ขอ

คุยกับหมอก่อน หนูเข้าห้องผ่าตัด มันต้องไม่มีเสียงก๊อกรก๊ากๆ อย่างนี้สิ เค้าก็หัวเราะ เค้าก็ถามว่าทำงานที่ไหน บอกทำงานที่อยู่โรงพยาบาล.... อยู่แผนกอะไร ก็บอกอยู่ซัพพลายใหญ่เลย แล้วได้ใช้ถุงมือหรือเปล่า เราก็บอกเมื่อก่อนนี้ไม่ได้ใช้ เพราะหัวหน้าเค้าว่ามันเปลือง เราก็ถามหมอว่า คุณหมอหนูเป็นอะไร บอกหนูมานะ ตอนนั้นเรายังไม่ได้นึกถึงว่าเป็นเอดส์ หมอก็บอกว่าเราติดเชื้อเอดส์” (แก้ว)

หลังจากแต่งงานแล้วทั้งรัตน์และแก้วไม่ได้ลูก จึงไม่มีความกังวลเรื่องการดูแลรับผิดชอบชีวิตลูกในอนาคต เพียงแค่ดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงเท่านั้น แต่ผู้ให้ข้อมูลบาราย เช่น อร นุ่ม และหวาน ทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อตอนไปฝากครรภ์ ทำให้มีความกังวลทั้งสุขภาพของตนเอง และกังวลว่าลูกในครรภ์จะติดเชื้อจากตนเอง แต่วิวัฒนาการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกนั้นสามารถป้องกันได้โดยการรับประทานยาต้านไวรัส ทำให้ทั้ง 3 รายได้รับการรักษาเมื่อไปฝากครรภ์ ลูกจึงไม่ติดเชื้อ

การรักษาโรคของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ยาต้านไวรัสเอชไอวีในปัจจุบันมี 4 กลุ่มได้แก่ ยากลุ่มที่หนึ่งหรือนิวคลีโอไซด์ ยากลุ่มที่สองหรือนอนนิวคลีโอไซด์ ยากลุ่มที่สามหรือโปรติเอส ยากลุ่มที่สี่หรือฟิวชั่น ยากลุ่มที่ 4 มียาชนิดเดียวซึ่งเป็นยาฉีดและมีราคาแพงมาก จึงแทบไม่มีใครใช้ยาตัวนี้เลย ยาต้านไวรัสเอชไอวีสมัยก่อนนั้นมีราคาแพงและมีไม่กี่ยี่ห้อ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ยังไม่มาก จะมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียงตัวเดียว ซึ่งยังไม่สามารถยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ วิวัฒนาการทางการแพทย์ทำให้ค้นพบแนวทางการรักษาดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากเดิมนั้นรักษาด้วยยาเพียงตัวเดียว เปลี่ยนเป็นรักษาด้วยยาสองชนิด จนในที่สุดค้นพบว่าจะต้องรับประทานยา 3 ตัวร่วมกัน โดยเป็นยาอย่างน้อย 2 กลุ่มดังกล่าวข้างต้น ซึ่งเราเรียกว่า HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) ซึ่งเป็นมาตรฐานในการรักษาสูตรแรก ต้องมียากลุ่มที่หนึ่งหรือนิวคลีโอไซด์ 2 ตัว ร่วมกับยากลุ่มที่สองหรือนอนนิวคลีโอไซด์ 1 ตัว ถึงจะสามารถกดเชื้อไวรัสไม่ให้แพร่กระจายได้ ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 สูงขึ้นป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสและมีชีวิตยืนยาวได้ แต่การเริ่มรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสนั้นผู้ป่วยจะต้องทราบถึงผลดี และมีความรู้สึกพึงพอใจกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะการรับประทานยาต้านไวรัส จำเป็นต้องรับประทานตรงเวลา และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการรักษาในอนาคตของผู้ป่วยรายนั้นๆ

สำหรับการรักษาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ยาต้านไวรัสที่ได้รับนั้นมาจากโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าของรัฐบาลไทยเป็นส่วนใหญ่ บางรายรับยาจากโครงการวิจัย หรือซื้อยาเองหากไม่ต้องการใช้สิทธิเบิกยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านตนเอง เพราะกังวลว่าอาจมีคนรู้จักมาพบตนและรู้ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสแล้วจำนวน 13 รายและอีก 1 รายนั้นยังมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูง จึงไม่จำเป็นต้องเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสในขณะนี้ ซึ่งได้แก่ อ้วน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสนั้น ปัจจุบันมีระดับภูมิคุ้มกันหรือ CD4 มากกว่า 200 cells/mm³ สำหรับผู้ให้ข้อมูลรายอื่นที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสจะได้รับยาสูตรมาตรฐาน (HAART) ซึ่งจะประกอบไปด้วยตัวยาน้อย 3 ตัวร่วมกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ประวัติการรักษา

รายที่	ระยะเวลาก่อนเริ่มยาต้านไวรัส หลังจากที่ติดเชื้อเอชไอวี	การรักษาในปัจจุบัน
1	9 ปี	GPO vir Z (AZT+3TC+NVP)
2	รักษาทันที	TDF + DRV + RTV
3	2 ปี	ATV + RTV + EFV
4	5 ปี	GPO vir Z (AZT+3TC+NVP)
5	5 ปี	IDV + RTV + EFV
6	รักษาทันที	SQV + EFV + RTV
7	6 ปี	ATV + RTV + NVP
8	ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส	ผู้ป่วยยังไม่ได้เริ่มยาต้านไวรัส เพราะมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูง
9	รักษาทันที	GPO vir Z (AZT+3TC+NVP)
10	รักษาทันที	GPO vir Z (AZT+3TC+NVP)
11	รักษาทันที	TDF + SQV + RTV
12	1 ปี	AZT + 3TC + NVP
13	9 ปี	GPO vir S (D4T+3TC+NVP)
14	1 ปี	AZT + 3TC + EFV

การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การเริ่มต้นรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางรายเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสทันทีเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเพราะระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm^3 แต่บางรายต้องการเริ่มยาต้านไวรัสโดยเร็ว เช่น แอน เริ่มรักษาเมื่อ CD4 ประมาณ 300 cells/mm^3 และไม่ได้มีอาการเจ็บป่วย เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าในอนาคตจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัส

“ก็กลัวเหมือนกัน แต่ก็ใจสู้ ทำตาม คือ พี่เป็นคนที่ได้เปรียบคนอื่น คือ เป็นคนที่ขายของอยู่ที่คลินิก จะมองพวกอาสาสมัคร พวกรุ่นพี่เป็นแบบว่าจะต้องทำอะไร กินอย่างนี้ๆ ออกกำลังกายนะ ก็สู้จนในที่สุด... CD4 พี่เหลือ 300 ก็มาปรึกษาหมอที่นี่ หมอบอกว่ายังไงก็ต้องกิน ก็เลยกินก่อน กินก่อนที่มันจะลง..... แต่ปัจจุบันไม่ได้กินที่โรงพยาบาลนั้นแล้ว ที่ย้ายมาเพราะอยากปิดตัวเองด้วย เพราะว่าทำงานตรงนี้ ลูกโตเข้ามหาวิทยาลัยแล้วไม่อยากให้ลูกรู้อะไร” (แอน)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งคิดว่าการรักษาด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับตนเอง ได้แก่ แกว ซึ่งเคยเจ็บป่วยอย่างหนัก ไม่มีเรี่ยวแรง เมื่อเข้ารับการรักษารับประทานยาต้านไวรัสทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น แกวจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานยาต้านไวรัสมากและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

“อาจารย์หมอดีมาก แกให้ยาด้านไปกิน แต่ว่าแพ๊เราก็ไม่ได้บอกอาจารย์ กินแล้วมันบ้วนแต่น้ำลาย อาเจียนๆ ปวดหัวก็ปวด ราคาก็แพง น่องก็เลยเหมารถตู้มาหาอาจารย์ มาบอกว่า อาจารย์พี่สาวหนูแย่นะ น้ำดำหมดเลย ดูไม่ได้เลย น้ำก็ลวก น้ำหนักเหลือ 45 กิโลกรัม จาก 68 กิโลกรัม นิ่งไม่ได้เลยคะ เนื้อนี้ไม่มีเลย ต้องนั่งยองๆ เวลาขยับก็เริ่มเป็นรอยไม่หาย (แขนผู้ป่วยมีรอยแผลเป็น ทั้งแขน) หมอก็เปลี่ยนยาให้ ก็เรารับกินได้ กินใหญ่เลย เราก็ไม่รู้ว่าเราแพ้ยาล่ะเปลี่ยนยากี่กินได้ เราก็ตีขึ้น อาจารย์ก็บอกว่าให้เข้าโครงการ หนูรอดตายเพราะอาจารย์นะ หนูได้เข้าโครงการ” (แกว)

ถึงแม้ว่าแอน และแกว จะเห็นความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อตนเองก็ตาม แต่ผู้ให้ข้อมูลบางคนต้องเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสในลักษณะที่จำยอม ได้แก่ อร เพราะอรนั้นทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อไปฝากครรภ์ จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก เมื่อถามถึงความคิดของอรต่อการกินยาแล้วกลับรู้สึกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเร็วเกินไป

“หมอกี้แนะนำไม่ให้เอาออก หมอกี้แนะนำให้ไปรพ. ไปเข้าโครงการ.... ให้กินยาตอนนั้น....ประมาณ 5 เดือน พอใกล้คลอดก็ให้กินยา....ตอนนั้น รพ.ที่จังหวัด.... ได้รับยา GPO-vir ฟรี แล้วเค้าจะห่อกันมาก คนไข้คนไหนอยากกินก็ได้กินหมดเลย เราก็คิดว่ากินแล้วมันจะดี ก็คือกินกันหมดทุกคนเลย เราถึงรู้ว่าทีหลังว่ามันไม่ดีสำหรับคนที่ยังปกติอยู่ ตอนนั้น ซิคลี 200 กว่า ทุกอย่างเรายังปกติอยู่ เรายังไม่น่าจะกิน นี่ก็กินมา 6 ปีแล้ว (ผู้ป่วยหัวเราะเล็กน้อย) กินตามเค้า เค้าฮึดกันมากตอนนั้น” เมื่อถามอว่าเหตุใดจึงไม่หยุดยา ก็ได้คำตอบว่า เค้าไม่ให้หยุด เค้าบอกว่าหยุดไม่ได้ละ พูดยัง 13 ปีที่เป็นมา เรายังไม่เคยเป็นอะไรเลย ตอนนั้นซิคลีก็ 600-800 ดับไตก็ปกติ” (อร)

การรักษาเอชไอวีด้วยสมุนไพร

ติดเชื่อบางคนมีความเชื่อในเรื่องของยาสมุนไพรมากกว่ายาแผนปัจจุบัน ซึ่งปานเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื่อรายหนึ่งที่หันไปพึ่งยาสมุนไพรก่อนที่จะเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสด้วยความที่ยังไม่มั่นใจว่าตนเองนั้นติดเชื่อเอชไอวี และมีความเชื่อที่ต้องการรักษาด้วยยาหม้อ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 ปีหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื่อ ในการรักษาด้วยยาสมุนไพร โดยในปีแรกนั้นอาการดูเหมือนจะดีขึ้น แต่ยามีราคาแพงจึงไปทานยาหม้อตัวใหม่ ซึ่งมีราคาถูกกว่า แต่ทานไปได้ 2-3 เดือนก็เริ่มมีอาการท้องเสียอย่างรุนแรง จนต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เมื่อรักษาอาการท้องเสียแล้ว ผู้ป่วยตรวจพบว่าเป็นวัณโรคร่วมด้วย แพทย์จึงรักษาวัณโรคจนหายดีแล้วจึงเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีภายหลัง ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น แต่ก็มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ จึงทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ จึงยึดอาชีพประดิษฐ์งานฝีมือเล็กๆ น้อยๆ ขายตามร้านต่างๆ

ตอนเราติดเชื่อ น้องสาวเค้าไม่บอกเรา จนมารู้ตอนน้องสาวคนเล็กอีกคนมาพูดกับแม่ว่า แม่ๆ ไข้ปานมันเป็นเอดส์หรือเป็นจริงหรือเปล่า ที่บ้านเค้าพาเราไปอยู่ศูนย์.... ได้เกือบหกเดือน เค้ารักษาโรคพวกนี้....น้องเขยเค้าไปอ่านหนังสือพระแล้วไปเจอยาชุดหนึ่ง ก็เลยซื้อมาจากนครนายก เอามาให้กิน ชุดหนึ่งไม่แพง จนราคามันขึ้นเป็นสามพัน มันแพงซื้อไม่ไหว....ต่อมาไปกินยาที่จังหวัด.... เราไปอยู่กับศูนย์.....ที่นั่นเลย ตอนเราไปกินข้าวไม่ได้เลย เค้าให้กินยาผงๆผสมน้ำ ท้องเสียทั้งคืนเลย นอนไม่ได้เลย เคยป่วยไม่มีเรี่ยวแรงเกาะเตียงยังลุกไม่ขึ้น นึกว่าตายแน่....ตอนหลังน้องสาวก็พามาอยู่กับมาคือ (Mother) เค้าว่าเราเป็นวัณโรคก็เลยให้ยานี้เรามา กิน ตอนนั้นเราก็คิดว่าเราไม่เป็นอะไรเลย แต่ทำไมต้องกินยาต้องมาอยู่ที่นี่ ก็กินยามาเรื่อยๆ ตอนหลังก็รู้ว่าตัวเองติดเอดส์” (ปาน)

การรักษาในปัจจุบันของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนนั้นมีความแตกต่างกันในเรื่องของยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเป็นเวลานาน ต้องมีการเปลี่ยนสูตรยาเป็นระดับที่แรงขึ้น เพราะเกิดการดื้อยาต่อสูตรยาที่เคยรับประทาน ได้แก่ ไรต์นั๊ว แก้ว ดวง น้ำ และดาว ซึ่งทุกรายมีประวัติว่าติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วไม่ต่ำกว่า 10 ปี และเป็นผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยของสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง และที่มาของการดื้อยาเป็นเพราะยาที่ทุกคนรับประทานสมัยก่อนนั้นยังไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับยาในปัจจุบัน

“เริ่มยาปี 2543 ที่เริ่มยาซ้าเพราะ ไม่กล้าบอกใคร จนกระทั่ง โคนฝนและ ทฤตเลยจะลาออก น้องสาวไปบอกหัวหน้าพยาบาลว่าเราติดเชื้อ HIV หัวหน้าพยาบาลเลยให้ไปหา อาจารย์หมอ ได้ยาจากโครงการ เข้ามาหลาย โครงการแล้ว เปลี่ยนมาเรื่อยๆ ยาก็เปลี่ยนก็เคยกิน 2 ตัว แต่เดี๋ยวนี้กิน 3 ตัว เราก็สุขภาพแข็งแรง คือเรามีความรู้สึกว่า เราได้กินยาแล้ว เราดีแล้ว ทำไมเราจะต้องปล่อยโอกาส ให้ความตายเข้ามาหาเรา” (แก้ว)

“เริ่มกินยาตอนปี 2540 ตอนนั้น ไม่ได้ป่วยแต่ซีดีสี่ มันทเหลือ 230 ที่รพ... เลยกินยาหมอที่...แล้วเราได้ฟรี ไม่เสียตังค์ รักษาที่รพ...อยู่ก่อนแล้วตั้งแต่ทำงานที่นั่น ตอนนั้น ดวงเป็นพี่ฝึกบัว มันเป็นที่ชุมชน แต่ถ้าเป็นตอมน้ำเหลือง โคนมันจะ โตมากเลย ไขมันนี้มันเป็น ไขมันต้องผ่าออกเราตรวจซีดีสี่ตลอดระยะเวลาที่อยู่ที่นี่ โดยไม่ต้องเสียเงิน ฟรีหมด ตอนอยู่ที่นั่น เค้าให้ฟรีสำหรับคนทำงานเป็นสิทธิพิเศษ ตอนหลังเราไม่ได้ทำที่รพ....แล้ว เราคือยากี่ย้ายมาเข้า โครงการกินยา 3 ตัวที่ศูนย์วิจัยฯ แต่เดี๋ยวนี้โครงการหมดแล้วเค้าก็ให้เราเริ่มซื้อยาเอง ก็เลยไปใช้ สิทธิประกันสังคม” (ดวง)

“ก็อยู่ทุกวันนี้ก็ปกติก็ทำได้ ตั้งแต่ไปทำงาน มีงานทำมันก็ไม่เครียด ก็กิน ยา หมอก็แนะนำกินยาให้ตรงเวลา ออกกำลังกาย แต่เวลากินยากี่ต้องแอบๆ เพราะบางคนก็รู้อย่าง คนก็ไม่รู้....เค้าแนะนำให้มาตรวจที่ศูนย์วิจัยฯ เค้าก็ชวนเข้าร่วม โครงการ ตั้งแต่นั้นมาก็เข้าร่วม โครงการนี้มาตลอดเลย เราคิดว่าติดตอนอายุ 25 ปี แต่ก่อนหน้านั้นอาจจะเข้ามาแล้วสักปี (ปัจจุบันน่าจะอายุ 35 ปี)...ก็กินยาโครงการ พอหมดโครงการหนึ่ง ก็ย้ายมาอีกโครงการ ยาก็เปลี่ยน เหมือนกัน” (น้ำ)

“แฟนเก่าคนนี้เสียชีวิตไปแล้ว เพราะว่าไม่เชื่อว่าตัวเองติดเชื้อ ตัวที่รู้ตั้งแต่ ปี 41 ตอนนั้นที่รู้จักกับพี่ที่ชมรม เลยติดต่อให้พาไปหาหมอที่โรงพยาบาล... แล้วกินยาอะไรก็ไม่รู้ มาตั้งแต่ปี 41 หรือ 42 ประมาณ 10 ปี แล้วกินยามาตลอด พี่ดาวกลัวตาย เป็นห่วงลูก แต่ก่อนนี้ยา แพงมาก สังคมสงเคราะห์ลดให้ครึ่งหนึ่ง เหลือประมาณ 4000 บาท ต่อเดือน แพงมาก แต่ยังไม่ก็ต้องกัดฟันซื้อ มาเข้าโครงการที่ดีขึ้น ต่อมามันก็ดื้อยา จน CD4 เหลือ 34” (ดาว)

สมุนไพร “ลูกใต้ใบ” ทางเลือกหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน แต่ยังมีโอกาสเจ็บป่วยได้อยู่เสมอ ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกรักษาด้วยยาสมุนไพรเมื่อมีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง เช่น เมื่อมีไข้จะรับประทานสมุนไพรที่ชื่อว่า “ลูกใต้ใบ” ซึ่งช่วยให้ไข้ลดลงได้ ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ยาสมุนไพรบ้าง แต่ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าไม่สามารถช่วยรักษาโรคที่เป็นอยู่นั้นหายขาดได้ แต่รับประทานไปเพียงเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย บางรายไม่ต้องการรับประทานยาลดไข้บ่อยๆ เพราะมีความรู้สึกว่าการรับประทานยามาเยอะแล้ว จึงต้องการลดปริมาณการทานยาลดไข้ ดังเช่น อ้วน และ อร

“ป้าก็กินยาสมุนไพร ก็เอาลูกใต้ใบมาต้มกินเวลาเป็นไข้ ป้ากินยาพาราไม่หายนะ ป้าเป็นไข้บ่อย อาจใช้คือยา เราต้องเอาต้นมาล้างให้ดินมันออก แล้วเอามาต้ม ก็กินน้ำของมัน เวลาเป็นไข้กับฤดูก็กินตัวนี้แหละ เรื่องรักษาโรคของเรามันไม่มีหรอกนะ ป้าก็กินพวกมะระจีนก็พวกขี้เหล็ก สะเดา มันรักษาไม่ได้หรอก หมอบอกอย่างนี้แต่กินให้มันบรรเทา ขับถ่ายดีอะไรอย่างนี้ ก็ช่วยเรื่องอื่นๆ เสริม” (อ้วน)

“ตอนนั้นเค้าบอกว่าสมุนไพรมันจะช่วยคุณเลยๆ มันไม่หายนะ เมื่อก่อนที่รพ.เค้าจะแนะนำพวกเห็ดหลินจือ ลูกใต้ใบ แล้วอะไรที่ขมๆ จำชื่อไม่ได้แล้ว ยังพูดกับเพื่อนอยู่เลย เราก็จะศึกษาสมุนไพรทุกชนิดที่เค้าบอก” (อร)

อุปสรรคของการรับประทานอย่างต่อเนื่อง

การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ถูกต้องนั้นจะต้องทานยาตรงเวลา และทานสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ฤทธิ์ของยายับยั้งการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ตลอดเวลา หากมีการขาดยาจะทำให้ระดับยาต้านไวรัสในกระแสเลือดลดน้อยลงเป็นผลให้เชื้อเอชไอวีเกิดการเจริญเติบโตขึ้นมาอีกครั้ง และหากเป็นเช่นนี้บ่อยๆ จะทำให้เกิดการดื้อยา สุดท้ายต้องเปลี่ยนตัวยาที่ออกฤทธิ์ได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความรู้ดีกว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเหมือนเป็นตราบาปของชีวิต ที่ทำงานแสดงความรังเกียจ ต้องหลบซ่อนเมื่อรับประทานยา สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคของการมีวินัยต่อการรับประทานยาทั้งสิ้น

รัตนันเป็นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่ยอมรับว่าเคยมีช่วงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพราะต้องคอยเก็บยาและหลบซ่อนเมื่อต้องรับประทานยาไม่ให้คนอื่นที่อยู่ในร้านเห็น รัตนันเปิดร้านอาหารเล็กๆ ในชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งมีทำเลค่อนข้างดี มีผู้คนพลุกพล่าน แต่ร้านอาหารนี้ไกลจากบ้านที่ตนเองพักจริง ดังนั้นจึงต้องไปขออาศัยกับคนรู้จักเพื่อสะดวกในการค้าขาย แต่ไม่

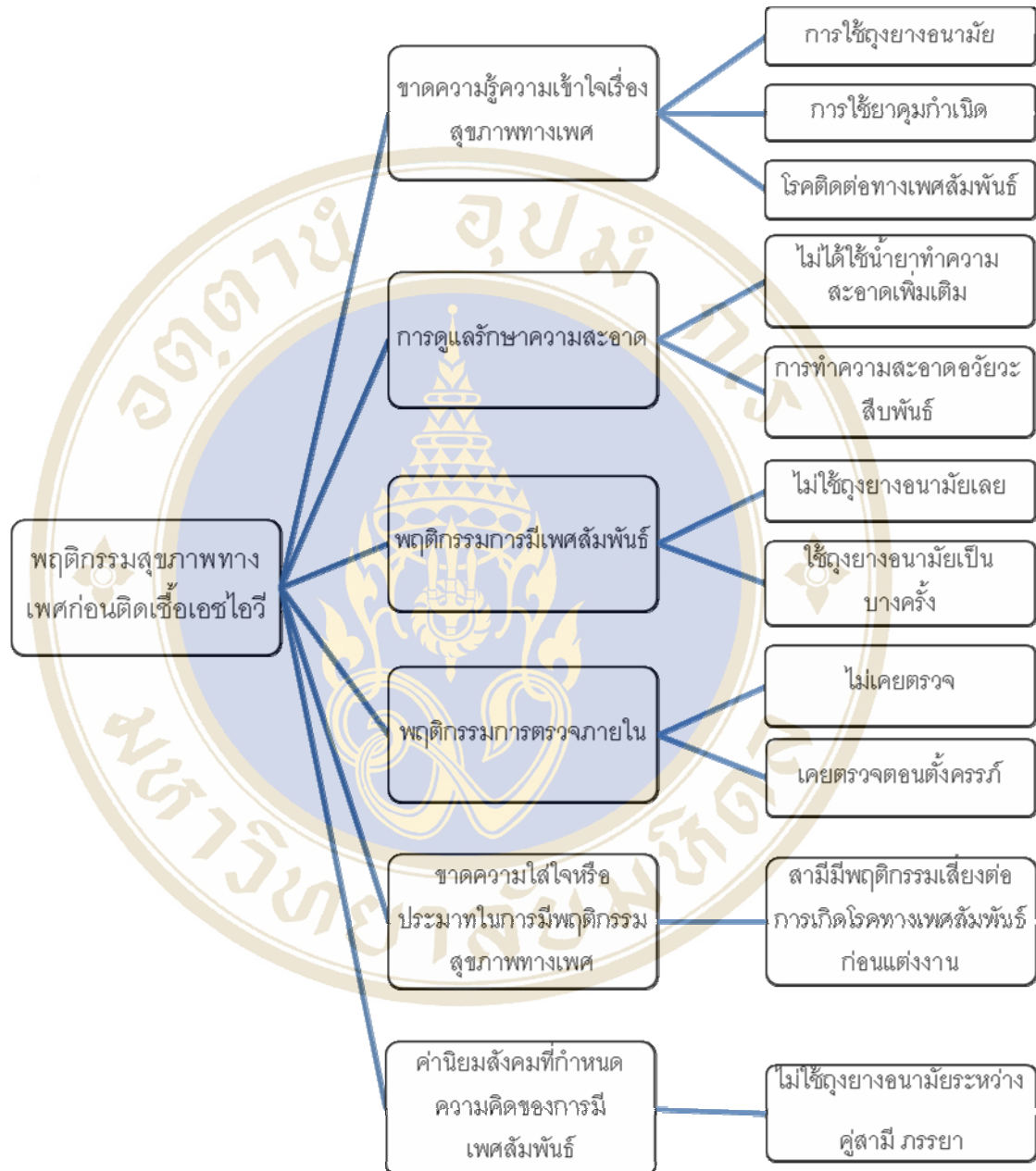
มีใครทราบว่าคุณเองคิดเชื่อเอชไอวีนอกจากครอบครัวของรัตน์เองรัตน์ไม่สามารถที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตัวเองได้เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อการทำกิจการ จึงจำเป็นต้องปกปิดเรื่องการติดเชื้อไว้เป็นความลับ การเปิดร้านอาหารดำเนินการไปได้หลายเดือน ซึ่งในระยะนั้นรัตน์ต้องเปลี่ยนถ่ายขวดยาเพื่อไม่ให้เกิดความสงสัย ยาที่รักษาบางตัวต้องแช่ในตู้เย็น ทำให้ค่อนข้างลำบากในการปิดซ่อนไว้รัตน์พยายามอธิบายต่อผู้อื่นว่าเป็นยาบำรุง ตนเองมีอาการซิดหลายครั้งที่มีคนอยู่ในบ้านตรงกับเวลาที่รัตน์ต้องรับประทานยา ทำให้ต้องเลื่อนเวลารับประทานยาบ่อยครั้ง และบางครั้งไม่สามารถทานยาได้เลย สิ่งเหล่านี้จึงเป็นผลทำให้เกิดการดื้อยาในที่สุด

“รู้ว่าติดเชื้อ ก็กินยาเลย ก็ 10 ปีแล้ว ที่แรกก็กินยา 2 ตัว แล้วหมอก็เปลี่ยนยา มีอยู่ช่วงหนึ่งต้องซื้อยาเองในช่วงแรก แต่ก็ไม่นาน แล้วก็เข้าโครงการกินยาด้านไวรัส กินยา 3 ตัว แรกๆ ก็รู้สึกว่าได้ ซีดี 4 คี่ขึ้น 300 – 400 มีอยู่ช่วงหนึ่ง ได้ไปขายอาหารที่...เราก็มีลูกจ้างหลายคน ตอนเรามาหาหมอเค้าก็ถามว่าไปไหน ก็มีคนพูดเยอะเหมือนกันช่วงนั้น เราก็พยายามไม่สนใจ แล้วที่นี้บ้านรัตน์อยู่ไกลๆ ก็เลยย้ายมาพักอยู่กับพี่เค้า เราก็จะมียานอเวียร์ ที่ต้องแช่ตู้เย็น แต่ก็ต้องแกะป้ายออกนะ เค้าก็ถามเราว่าไปเรื่อย ยารับมั่ง ก็บอกว่าซิดต้องกินยาตลอด แต่เค้าก็ดูไม่ค่อยเชื่อเท่าไรหรอก แล้วเค้าก็จะเอายารัตน์ไปดูด้วย ก็เลยย้ายออกมา ไม่ขายแล้วที่นั่น มาได้ร้านอยู่ใกล้ๆ บ้านก็โชคดีไป...ตอนนั้นไม่สะดวกที่จะกินยาเพราะมีคนอยู่ด้วย เลยไม่ได้กินยาอย่างต่อเนื่อง น่าจะดื้อยาประมาณ 4 ปีแล้ว ก็เลยเปลี่ยนยามาเรื่อยๆ” (รัตน์)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความหลากหลาย ทั้งในเรื่องการแสดงออก ความคิด การดำเนินชีวิต และมีความเปลี่ยนแปลงในหลายๆ เรื่อง หลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว รูปแบบการดำเนินชีวิตก่อนและหลังติดเชื้อเอชไอวีนั้น ย่อมมีความแตกต่างกันไม่มากนักน้อย ขึ้นอยู่กับพื้นฐานแต่ละบุคคลว่าจะมีความเข้มแข็ง สามารถที่จะประคองชีวิตตนเองได้มั่นคงเพียงใด ต้องปรับตัวและยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไป พฤติกรรมสุขภาพทางเพศนั้นเป็นเรื่องหนึ่งที่ได้รับผลกระทบมาจากการติดเชื้อเอชไอวี เพราะทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องปรับเปลี่ยนตนเองให้เหมาะสมกับโรคที่กำลังดำเนินอยู่ การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวี ในส่วนนี้แบ่งได้เป็น 2 ช่วงเวลา คือ พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี และหลังติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน

2.1 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี



แผนภูมิที่ 1 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี

จากประวัติภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่า ในช่วงก่อนการติดเชื้อเอชไอวี มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ที่มีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักมากกว่า 1 คน ซึ่งสูงสุดคือ 3 คน เมื่อถามถึงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ เกือบทุกราย ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี

เพศสัมพันธ์เลย บางรายไม่รู้จักร่างกายของอนามัยคืออะไร วิธีการใช้นั้นอย่างไร ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเป็น 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ (1) ขาดความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ (2) การดูแลรักษาความสะอาด (3) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (4) พฤติกรรมตรวจร่างกายใน (5) ขาดความใส่ใจหรือประมาทในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และ (6) ค่านิยมสังคมที่กำหนดความคิดของการมีเพศสัมพันธ์

2.1.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลหลายคนไม่ได้ใส่ใจกับสุขภาพทางเพศของตนเองเท่าใดนัก มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดผลเสียกับตัวเองจนกระทั่งติดเชื้อเอชไอวี การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลมีหลายเรื่อง ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย

แม้ประเทศไทยจะมีการณรงค์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยมาเป็นเวลานาน เพื่อให้ประชาชนไทยมีความรู้และตระหนักถึงปัญหาของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังพบว่าในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยังขาดความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย ซึ่งความรู้ความเข้าใจนั้นเป็นพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมออกมา การที่มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศไม่ดี ไม่ปลอดภัยนั้น เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในผู้ให้ข้อมูลบางราย อาจเกี่ยวข้องกับการศึกษา เช่น น้อย ซึ่งจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ไม่รู้จักถุงยางอนามัยว่าเป็นอย่างไร น้อยติดเชื้อมาแล้วไม่ต่ำกว่า 15 ปี ซึ่งความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยสมัยก่อนยังไม่แพร่หลายนัก เมื่อได้มีโอกาสเข้ามาทำงานในสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง และได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี จึงทำให้น้อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับถุงยางอนามัยมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “เราไม่รู้จักเลยถุงยางเป็นยังไง ไม่เคยใช้ ใช้ไม่เป็น กับแฟนก็ไม่เคยใช้ถุงยาง ไม่รู้จักเลยเพิ่งมารู้จักที่ที่ทำงาน” (น้อย) หรือ “ไม่ได้ใช้ถุงยางเลย ก็ไม่รู้เรื่อง เราไม่เคยมีแฟน ไม่เคยสนใจเรื่องนี้เลย ไม่คิดว่าจะแต่งงานเลย” (อร)

ผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในครอบครัวแตกแยก เช่น ดวง ต้องอาศัยอยู่กับญาติ ไม่ได้ได้รับความรักความอบอุ่นมากเท่าใดนัก จนหนีออกจากบ้านไม่ได้เรียนหนังสือต่อ และย้ายมาอยู่กับคนรักที่ติดยาเสพติด ดวงทำงานตั้งแต่อายุน้อย และมีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งทำให้ไม่ได้ระมัดระวัง ไม่ได้นึกถึง โรคเอดส์ แต่การที่ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์มีอะไรบ้าง ทำใหวดวงต้องติดเชื้อเอชไอวีจากคนรักในที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก้อยอยู่กับเขา ก็รู้นะ รู้แต่แรกว่าเขาติดยา เขาใช้กัญชา ที่แรกเรารู้ว่าใช้กัญชา หลังๆเริ่มพัฒนา การพัฒนาของการใช้ยาเสพติด ก็คือ ใช้กัญชา แล้วก็จะเอาผงโรยผงขาว เฮโรอีน โรยลงไปในกัญชาแล้วก็ดูด นั่นคือการพัฒนาการ แล้วต่อจากนั้นถึงจะมาใช้เข็ม โดยที่ฉีดด้วยดูดด้วย แล้วเราก็เห็นการพัฒนาการของเขามาตลอด มันสูงสุดแล้ว กลุ่มเขาทั้งกลุ่มเลยไม่เหลือใครแล้วตอนนี้ ตายหมด...แม้รู้ว่าเขาติดยาก็เลยขอร้องให้เลิก เราก็เลยเลิกกับเขา แต่ก็ไม่ได้กลับมามีอะไรกันนะ แล้วพอดีเพื่อนเขียนจดหมายไปบอกว่าเขาป่วย เราก็ไปเยี่ยม ก็เลยรู้ตัวเรา.... เมื่อก่อนดูยุ่งไม่ใช่เลย เพราะเรามั่นใจตัวเองมากเกินไป แล้วมันเป็นเรื่องใหม่ ใหม่ด้วยกับโรคนี้ อย่าไปพูดถึงเลยกับการใช้ดูยุ่ง ความรู้มันยังไม่แพร่” (ดวง)

ก่อนติดเชื้อเอชไอวีผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่ได้ใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยอย่างสม่ำเสมอ โดยมีผู้ให้ข้อมูล 12 รายที่ไม่เคยใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยเลยก่อนที่จะติดเชื้อ มี 2 ราย คือก้อยและรัตน์ จะใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยเป็นบางครั้ง ก้อยนั้นให้เหตุผลว่าแฟนคนแรกเป็นตำรวจ มีนิสัยชอบเที่ยวผู้หญิง จึงค่อนข้างระวังตนเองนอกจากนั้น ฝ่ายชายก็ต้องการใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยด้วย ไม่ต้องมีการขอร้องจากผู้ให้ข้อมูล แต่เมื่อเลิกกับแฟนที่เป็นตำรวจคนนี้ก็จะมีแฟนใหม่ ซึ่งไม่ได้ใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยทุกครั้ง จะใช้วิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับรัตน์ที่ใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยบ้างแต่เป็นส่วนน้อย เพราะจะใช้วิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นหลัก

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้ใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยเลยนั้น ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับดูยุ่งอย่างอนามัยที่ไม่เพียงพอ ไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยเท่าที่ควร ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่รู้จักดูยุ่งอย่างอนามัยเลยเมื่อครั้งที่เริ่มมีแฟนหรือมีครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความเข้าใจเพียงแค่ว่า ใช้ดูยุ่งอย่างอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ แต่ไม่ได้นึกถึงเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ว่า หากไม่ใส่ดูยุ่งอย่างอนามัยจะทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ไม่เคยศึกษาเรื่องโรคนี้เลยเพราะเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัวมาตลอดเวลา ไม่คิดว่าจะมาประสบกับตัวเองแบบนี้....คิดแค่ว่าดูยุ่งใช้ก็เพื่อไม่ให้ท้องอย่างเดียว เพราะเราไม่ได้ไปนอนกับใครหลายคน มีคนเดียว” (ดาว)

“เวลามีประจำเดือน บางทีแฟนก็จะมีอะไรกัน แต่ก็ก็เป็นวันที่สองแล้วแต่ไม่แน่นอน.... กับแฟนก็ไม่เคยใช้ดูยุ่ง ไม่รู้จักเลยเพิ่งมารู้จักที่ทำงาน เราไม่รู้จักเลยดูยุ่งเป็นยังไง ไม่เคยใช้ ใช้ไม่เป็น” (น้อย)

“ตอนนั้นไม่รู้เรื่องเลย ก็ไม่ได้ใส่ แต่กินยาคุมนะ แฟนเค้าอยากมี แต่บอกเค้าว่าถ้ามีลูกแล้วมันจะลำบาก แคเราสองคนก็พอแล้ว จะเอาลูกมาทรมานทำไม” (ปาน)

“กับแฟนคนแรกใช้ถุงยางบ้าง ไม่ใช้บ้าง คือว่าถ้าครั้งเดียวมันติดได้หรือ” (รัตน์)

2) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องยาคุมกำเนิด

การศึกษาของผู้ให้ข้อมูลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ความรู้ในเรื่องยาคุมกำเนิดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่ถูกต้องหลายอย่าง เช่น วิธีการเลือกซื้อ วิธีการรับประทาน มีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่จบระดับการศึกษาชั้น ป.4 และไม่ได้เรียนหนังสือต่อเพราะไม่มีเงิน ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ แต่เพราะไม่ได้ตรวจสอบยาคุมกำเนิดว่ามีคุณภาพหรือไม่ จึงเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น สิ่งนี้จึงแสดงถึงการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เข้าใจว่าน่าจะเป็นยาหมอคายเพราะหวานท้องขณะกินยาคุมอยู่ ก็ไปหาหมอหมอบอกว่าคุณท้องแล้วนะเนี่ย เจาะเลือดผลเลือดก็เป็นบวก คือ หวานไม่ได้ไปโรงพยาบาล หวานไปตรวจที่คลินิก แต่หมอกันนี้เขาก็คืนะให้หยุดกินยาเลยนะ ยาที่กินอยู่ให้เอามาให้เขาดูเขาก็บอกว่ากินถูกกินตามลูกศรแต่ยามันไม่มีคุณภาพแล้ว อาจจะอยู่ค้างร้านนานแล้วเราก็ดูไม่เป็น ก็คือเราซื้อจากร้านนี้กว่ายาคีแล้ว ใจไม่ได้มาดูฉลาก วันเดือนปี มันหมอคายไปตั้ง 2 ปีที่แล้วเราก็กินอยู่ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพก็เลยเป็นว่าเราท้อง” (หวาน)

การขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการคุมกำเนิด อาจก่อให้เกิดการตั้งครรภ์ อันไม่พึงประสงค์ได้และเป็นสาเหตุของการทำแท้งของผู้หญิงได้ ซึ่งการทำแท้งเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้หญิงตั้งครรภ์ บุ่มเป็นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่ประสบปัญหาดังกล่าว บุ่มเป็นผู้หญิงต่างจังหวัดที่เข้ามาหางานทำในกรุงเทพฯ มีสามีและลูก 1 คน บุ่มเคยตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์กับสามีคนก่อน เธอไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องเลย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด เมื่อพบว่าตนเองตั้งครรภ์ทำให้สามีคนก่อนไม่พอใจเป็นอย่างมาก พอสามีรู้ว่าบุ่มตั้งครรภ์ เกิดความไม่พอใจและทุบตีทำร้ายร่างกาย พร้อมกันนั้นก็บังคับให้ไปทำแท้ง เพราะความยากจนของครอบครัว ยังไม่พร้อมที่จะมีลูก จึงเป็นสาเหตุของการทำแท้งในครั้งนั้น บุ่มไม่รู้เลยว่าการทำแท้งเป็นอันตรายและอาจถึงแก่ชีวิตได้ และสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดก็เกิดขึ้น เกิดอาการตกเลือด หลังจากทำแท้ง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“มีแฟนคนแรกตอนอายุ 19 ปี ไม่ได้แต่ง อยู่ด้วยกันเฉยๆ ผู้ใหญ่เค้าก็รู้ แต่แฟนไม่มีตังค์... แรกๆ ก็อยู่กับพี่สาว ตอนหลังก็ย้ายมาอยู่กับแฟน อยู่กับพ่อแม่เค้าด้วย...แต่รู้ว่าท้องตอน 2 – 3 เดือน แฟนเค้าตัดสินใจไปทำแท้งตอน 5 เดือน แฟนเขาตัดสินใจตั้งแต่รู้ว่าท้อง ก็ต้องไปเอาออกค่ะ เค้าบังคับให้เอาออก ก็ไปปรึกษากับพี่สาว พี่ก็บอกว่าถ้าเอาออกก็เลิกกันไปเลย ก็เลยตัดสินใจเอาออก อยู่กับแฟนได้ 2 – 3 ปี แต่รู้จักกันก่อนประมาณ 1 ปี ก่อนหน้านี้เค้าไม่เคยดี แต่พอท้องปั๊บ เค้าก็เริ่มดีเลย เขาบอกไม่ชอบเด็ก ไม่อยากรับผิดชอบ เขาคงไม่อยากอยู่กับเรามั้ง ใจเค้าเราก็ไม่รู้เหมือนกันว่าใจเขาคิดยังไง ไปปรึกษากับพี่สาวก็บอกเอาออกเลย ถ้าปล่อยไว้เขาไม่รับผิดชอบก็เอาออกเลย...ไม่ได้ใช้ถุงยางเลย ไม่ได้กินยาคุมด้วย ทำแท้งแล้วก็มีเลือดไหลออกมาเยอะเลย ตกเลือดอะค่ะ เค้าก็ให้ยามากิน” (นุ้ม)

นอกจากนั้นยังพบว่ามีการรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ที่แท้จริง เพราะการรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินนั้น จะรับประทานในกรณีพิเศษ เช่น ถูกข่มขืนป้องกันไม่ให้ตั้งครรภ์ ดังเช่นแต่ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ ลืมรับประทานยาคุมมาหลายวัน เป็นต้น การรับประทานยาคุมกำเนิดชนิดนี้ไม่แนะนำให้ทานเป็นประจำเพราะมีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก แต่มีผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ได้แก่ “แอน” แอนใช้วิธีนี้เพราะแอนไม่ได้อยู่กับสามีทุกวัน ทำงานกันคนละจังหวัด จึงมีโอกาสได้เจอกันเดือนละไม่กี่วัน ทำให้แอนเลือกที่จะรับประทานยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน แอนไม่เคยคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยเลย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ไม่ใช่ถุงเพราะว่ากินยาคุมหลังการร่วมเพศ เพราะนานๆ จะร่วมเพศกันก็เดือนหนึ่งเขาจะกลับบ้านประมาณ 5 วัน ก็จะกินประมาณ 2 กล่องต่อเดือน กล่องหนึ่งมี 2 เม็ด รู้อย่างเดียวว่าต้องกินยาคุมหลังการร่วมเพศ จะได้ไม่ท้อง แต่ถุงยางนี่ไม่เคยใช้เลย และก็ไม่ได้สัมผัส ก็เราไม่ได้คิดว่าสามีจะไปเที่ยวผู้หญิงตอนนั้นนะ เรื่องโรคเอดส์ยังไม่รู้เลย โรคอื่นๆ ไม่รู้จักเลยเพราะที่เป็นแม่บ้าน เลยไม่ได้เคร่งครัดเรื่องนี้มาก” (แอน)

3) ขาดความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จะเห็นว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงทำให้ไม่มีการระมัดระวังป้องกันการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกรายไม่รู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดต่างๆ รวมทั้งเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจว่าหากเจ็บป่วยเป็นโรคเอดส์จะต้องมีอาการแสดงออกทางรูปร่าง หน้าตา ผิวหนัง การติดต่อของโรคต้องติดจากคนเป็นเอดส์ที่มีแผลพุพองเท่านั้น ไม่รู้ถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีติดต่อก็ได้

ทั้งทางเลือด ทางเพศสัมพันธ์ ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก การขาดความรู้ความเข้าใจเช่นนี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพราะคนรักไม่มีอาการแสดงดังกล่าว จึงเกิดความประมาทคิดว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็รู้ว่าถ้าเป็นเอดส์จะเป็นแผลพุพองเหมือนในรูป แต่คนที่เรากบ มันไม่เห็นมีแผล มีตุ่มอะไรเลย เราก็เลยไม่ได้คิด ไม่ได้ใช้ถุงยางเพราะคิดว่าไม่มีอะไร” (น้ำ)

“ตอนอยู่กับแฟนนี้เรายังไม่รู้จักเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เลย ถุงยางก็ไม่รู้ ไม่รู้จักเลย เอชไอวีนี้ไม่เคยเลย ก็เคยได้ยินประมาณ เมื่อ 3-4 ปีนี้เองที่ติดมานี้ ก็เพิ่งมารู้จัก และยังมาทำงานจนนี้ถึงจะรู้สึกซึ้ง” (แอน)

2.1.2 การดูแลรักษาความสะอาด

เมื่อกล่าวถึงสุขภาพแล้วไม่ว่าจะเป็นสุขภาพทางด้านร่างกายโดยทั่วไป หรือสุขภาพทางเพศ มักจะนึกถึงเรื่องของความสะอาด ซึ่งเป็นเรื่องของสุขอนามัยของคนทุกคน สำหรับการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ก่อนที่จะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จะไม่ได้มีการใช้น้ำยาล้างทำความสะอาดเป็นพิเศษ หรือใส่ใจมากนัก แต่ใช้น้ำเปล่าทำความสะอาดเป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 2 ราย ได้แก่ น้อย และ อร ที่มีการใส่ใจในเรื่องของความสะอาดบางกรณี พฤติกรรมการทำความสะอาดของ “น้อย” จะใส่ใจกับการทำความสะอาดร่างกายหรืออวัยวะเพศหลังจากมีเพศสัมพันธ์ทันที เพราะรู้สึกไม่สบาย เหนอะหนะ สกปรก ดังตัวอย่างคำพูดของน้อย “เวลามีอะไรกันเสร็จ จะรีบลุกไปล้างเพราะไม่ชอบ มันเหนียวๆเราไม่ชอบ เราชอบนอนแบบสบายๆ” (น้อย) สำหรับ “อร” จะให้ความใส่ใจกับการเลือกใช้น้ำสาธารณะ เพราะมีความรู้สึกที่ไม่สะอาด ดังตัวอย่างคำพูดของอร “เมื่อก่อนเราจะไม่เข้าห้องน้ำเลย จะอั้นปัสสาวะจนเคยตัว พยายามไม่ไปแตะอะไรในนั้นเลย” (อร)

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการดูแลอะไรเป็นพิเศษ โดยจะมีการทำความสะอาดอวัยวะเพศโดยการล้างด้วยน้ำเปล่า หรือสบู่มืออาบน้ำ ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมดาของทุกคน ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน แทบไม่มีใครใช้น้ำยาล้างเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ถึงแม้ว่าจะมีการโฆษณาทั้งในทีวี วิทยู หรือสื่อต่างๆ ที่เชื่อว่าใช้แล้วจะทำให้มีสุขลักษณะอนามัยที่ดีสำหรับผู้ให้ข้อมูล แต่สำหรับค่านั้รู้สึว่าการทำความสะอาดด้วยน้ำเปล่าก็น่าจะเพียงพอแล้วสำหรับตนเอง จึงไม่เคยใช้น้ำยาอะไรเป็นพิเศษเลย ดังคำพูดนี้ “ไม่ใช้น้ำยาล้างคะ เราว่าการทำความสะอาดส่วนนั้นใช้น้ำสะอาดก็พอ” (รัตน)

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้มีการถามผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดหลังมีเพศสัมพันธ์ พบว่ามีผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง คือ “ปาน” ที่ไม่ได้ใส่ใจเรื่องความสะอาดหลังมีเพศสัมพันธ์เท่าใดนัก ไม่ได้ทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ใช้สบู่อย่างเดียว เวลาจะมีอะไรกันเราก็มาล้าง บางทีก็ล้างเข้ามั่ง” (ปาน)

การรักษาความสะอาดไม่ใช่เพียงบริเวณอวัยวะเพศเท่านั้น แต่สำหรับผู้หญิงจะมีเรื่องของประจำเดือน ซึ่งเป็นเรื่องสุขภาพทางเพศอย่างหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลเช่นกัน แต่กลับพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ได้ใส่ใจกับการดูแลรักษาสุขอนามัยขณะมีประจำเดือนเท่าใดนัก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็อแป้ผ้าอนามัย จะคันตรงขาหนีบ เราอ้วนเลยต้องใส่แบบยาว มันก็เหมือนอับมันจะคัน เวลาเดินทางไกลก็เคยอันฉี่มันก็จะแสบขัด แล้วเวลามีประจำเดือนก็ไม่ค่อยได้เปลี่ยนผ้าอนามัย” (อ้วน)

2.1.3 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

ก่อนคิดเชื้อเอชไอวีผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยก่อนที่จะคิดเชื้อ 12 ราย ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง 2 ราย คือ ก้อย และรัตน์ ก้อยให้เล่าว่าแฟนคนแรกเป็นตำรวจ มีนิสัยชอบเที่ยวผู้หญิงขายบริการ จึงค่อนข้างระวังตนเองซึ่งฝ่ายชายจะเป็นผู้ที่ต้องการใช้ถุงยางอนามัยเอง โดยไม่ต้องมีการร้องขอจากผู้หญิง แฟนคนนี้จะคุ้นเคยกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับก้อย แต่เมื่อเลิกกับแฟนที่เป็นตำรวจคนนี้ ก้อยก็มีคนรักใหม่ซึ่งไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง จะใช้วิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นหลักเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ มีการใช้ถุงยางอนามัยบ้างแต่เป็นส่วนน้อย สำหรับเหตุผลของการที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเลยนั้น ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับถุงยางอนามัยที่ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเท่าที่ควร ดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

นอกจากการขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแล้ว ความไม่ร่วมมือของกลุ่มนอน เป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย เช่น บุ่ม คนรักของบุ่มบอกว่า หากต้องใช้ถุงยางอนามัยก็เหมือนกับการไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงขายบริการ ซึ่งต้องป้องกันการติดเชื้อต่างๆ

2.1.4 พฤติกรรมการตรวจภายใน

การตรวจภายในเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางเพศทางหนึ่งที่สามารถค้นพบโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศเพื่อป้องกันการเกิดโรคได้อย่างทันท่วงที หากพบว่าเป็นก้อนเนื้อหรือ

มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น จะสามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่มีเพศสัมพันธ์ควรที่จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ แต่สิ่งที่พบจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจภายในเพื่อคัดหามะเร็งปากมดลูกหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มีเพียงอร บุ่ม และหวาน ที่เคยตรวจภายในในช่วงที่ตั้งครรภ์เท่านั้น และอีก 1 รายที่เคยตรวจภายในเนื่องจากมีอาการผิดปกติบริเวณอวัยวะเพศ คือ “น้อย” ซึ่งช่วงที่อยู่กับสามีและก่อนที่จะติดเชื้อเอชไอวี เคยมีอาการคันที่ช่องคลอดจึงไปตรวจภายใน และได้ทราบว่าตนเองเป็นหนองใน ผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีสามีเพียง 1 คน ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับใครเลย สามีต้องเดินทางขับรถไปต่างจังหวัด และไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงรายอื่น ดังคำพูดนี้ “อยู่กับแฟนก็เคยมีอาการคันช่องคลอด คือแฟนขับรถไปต่างจังหวัด บางทีก็สองอาทิตย์ อาทิตย์หนึ่งเดือนหนึ่ง แล้วพอกลับมา พอมีอะไรกัน ก็รู้สึกทำ ทำไมเรากันช่องคลอด พอมีแล้วมันแสบๆ ก็ไปหาหมอตรวจถามโรค หมอบอกว่า เป็นหนองในเทียม” (น้อย)

2.1.5 ขาดความใส่ใจหรือประมาทในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศแล้ว แต่ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทางเพศบ้าง อร์ และรัตน์ รู้จักการใช้ถุงยางอนามัย ทราบว่าการมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนเดียวจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี จากการสัมภาษณ์ทั้ง อร์ และรัตน์ ต่างก็ทราบว่าสามีหรือคนรักของตนนั้น เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นมาก่อนที่จะแต่งงานกับตน แต่การขาดความใส่ใจ หรือประมาทในการใช้ชีวิตคู่ จึงทำให้ทั้ง 2 ราย ติดเชื้อจากสามีซึ่งเป็นผู้ชายคนแรกที่ทั้งคู่มีเพศสัมพันธ์ด้วย ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แฟนก็เที่ยวตามประสาเค้า เที่ยว คั้ม อะไรอย่างนี้ เกี่ยวกับเพื่อนกับคนรู้จัก มีอะไรกันกับเพื่อน ที่เค้าคิดว่าไม่เป็นโรค พุดง่ายๆ คือเค้าไม่ได้ไปเที่ยวช่อง ไม่ได้เที่ยวอะไรอย่างนั้น ก่อนแต่งงานเรารู้มาก่อนว่าเค้าเป็นคนที่เที่ยวแบบนี้ เราไม่รู้จักคนพวกนั้นเลย ก็ตอนที่เค้ามาคบกับเรา เค้าเลิกหมดแล้ว” (อร์)

“แฟนรัตน์เค้าดีกับรัตน์มาก จนรัตน์คิดว่ารัตน์ไม่จำเป็นต้องอยู่กับคนที่รัตน์รัก อยู่กับคนดี ดีกว่าแฟนรัตน์เค้าไม่เคยมีคนอื่น แต่อาจเที่ยวตามประสาผู้ชายบ้าง เพื่อนฝูง แฟนเก่าอะไรอย่างนี้ เค้าเคยไปเที่ยวต่างจังหวัดกับเพื่อนที่ทำงาน เพื่อนเค้าก็มาบอกรัตน์ว่าแฟนเก่าเค้าไปด้วยรัตน์ก็ไม่ได้คิดมากอะไร ก็ให้เค้าไป มารู้หลังจากที่แฟนเสียได้ปีสองปีรัตน์ไม่รู้ว่าผู้หญิงที่มานอนสพตอนนั้นเป็นแฟนเก่าก็ไม่รู้เหมือนกัน เค้าก็อาจมีอะไรกันก็ได้แต่ก็ไม่ได้ใครธ” (รัตน์)

2.1.6 ค่านิยมสังคมที่กำหนดความคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน เพราะมีความเชื่อว่าเมื่อแต่งงานแล้วจะมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยาเพียงคนเดียว จึงไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่นอนเพียงคนเดียวเป็นแนวทางหนึ่งที่ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่การที่ปฏิบัติเช่นนี้เรื่อยมาส่งผลให้กลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตคู่ ที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงให้หันมาใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีภรรยา เช่นเดียวกับ “ดาว” ที่คิดว่าเรื่องการติดเชื้อเป็นเรื่องไกลตัว และตนเองมีเพศสัมพันธ์กับสามีเท่านั้น จึงไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ดังคำพูดนี้ “เพราะคิดว่าการติดเชื้อเป็นเรื่องไกลตัว คิดแค่ว่าถุงยางใช้ก็เพื่อไม่ให้ท้องอย่างเดียว เพราะเราไม่ได้ไปนอนกับใครหลายคน มีคนเดียว” (ดาว)

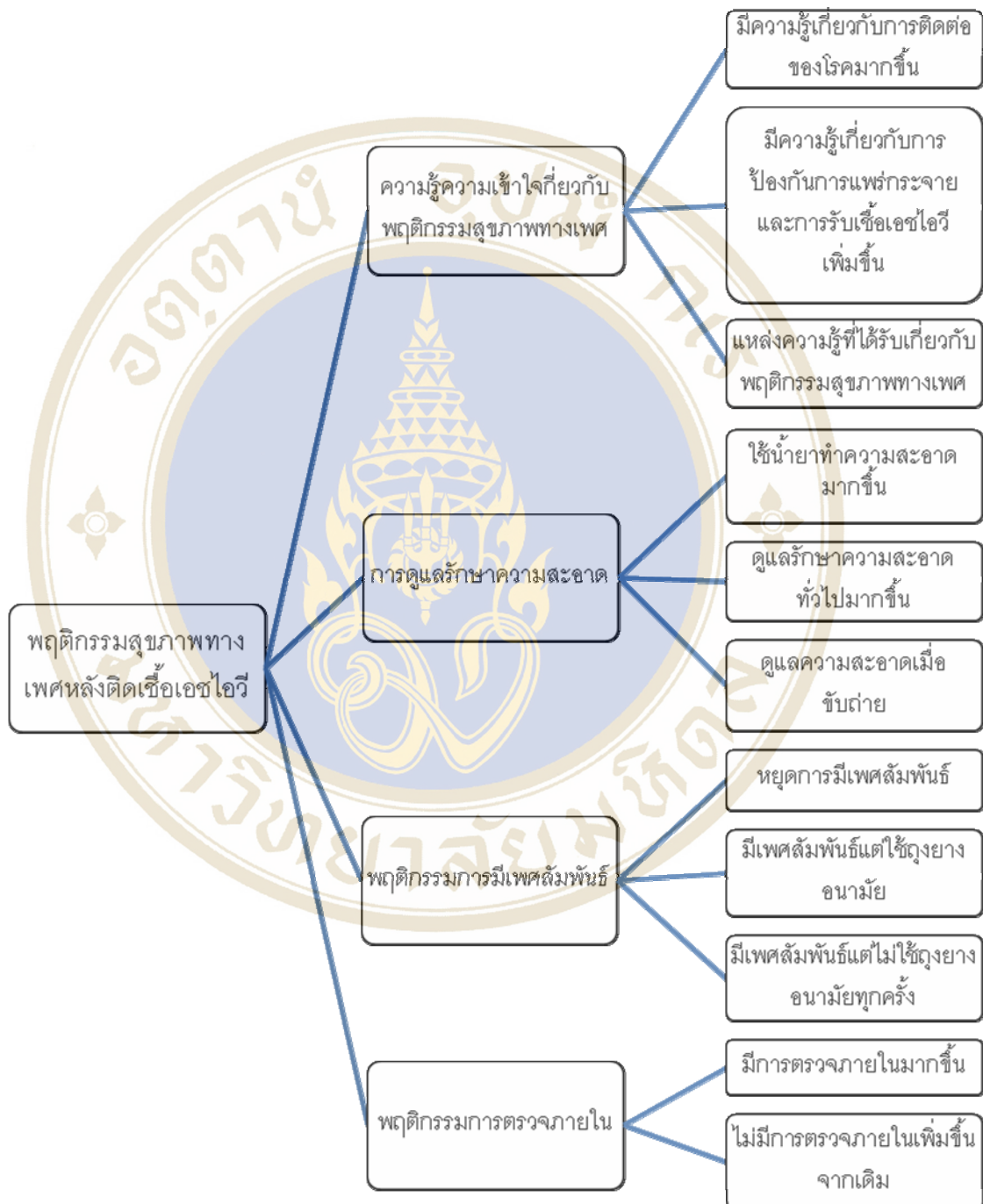
การแสดงความคิดเห็น หรือความต้องการของผู้ให้ข้อมูลในบางเรื่อง เช่น เรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ผู้หญิงไม่กล้าแสดงออกมากนัก มักปล่อยให้ไปไปตามความต้องการของสามีหรือคนรัก จากการสัมภาษณ์พบว่าความไม่ร่วมมือของคู่นอนเป็นอุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัย เช่น คนรักของบุ๋มไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย “ไม่ได้ใช้ถุงยางเลยก่อนที่จะเป็น ไม่ได้กินยาคุม เขาบอกว่าถ้าจะให้ใส่ไปเที่ยวผู้หญิงดีกว่า ฉันจะมีเมียทำไม” (บุ๋ม)

การรับทราบสถานะการติดเชื้อระหว่างสามีภรรยาจะส่งผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสามีของผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อกลุ่มนี้จำนวน 13 รายทราบ และมี 1 รายที่ไม่ทราบว่าคนรักของตนเองติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายนี้ไม่กล้าบอกอีกฝ่าย เพราะเกรงว่าจะสูญเสียคนรักไป ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เค้าก็คงจะโกรธ เพราะว่าเค้าจะพูดอยู่ประจำเลยว่า พี่กลัวโรคนี้มากเลย เค้าเคยพาเราไปตรวจเลือด เราก็บ่แยบียงไปไม่เอาไม่วาง กลัวไปตรวจตัวเค้าเองก็เคยมาตรวจที่คลินิก เค้าเคยมาบริจาคเลือดที่นี้ด้วย สงสารก็สงสาร แต่ไม่กล้าบอก ไม่รู้เหมือนกัน (น้ำตาคลอ)” (น้ำ)

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลในช่วงก่อนติดเชื้อเอชไอวี มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในเรื่องการรักษาสุขภาพทางเพศให้เหมาะสม และปลอดภัย ซึ่งปัจจัยหลักน่าจะเป็นเรื่องของความรู้ความเข้าใจสุขภาพทางเพศอย่างถูกต้อง หากผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศมากกว่าในอดีต จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีการยับยั้งชั่งใจ เลือปฏิบัติตนให้เหมาะสม ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีชีวิตที่ปลอดภัยมากขึ้น ไม่ว่าเรื่องของการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินซึ่งเป็นอันตราย หรือไม่มีประสิทธิภาพในการเลือกรับสินค้า หรือรับรู้ถึงอันตรายจากการทำแท้ง

2.2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน



แผนภูมิที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังติดเชื้อเอชไอวี

ภายหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศและเรื่องอื่นๆ เพราะรู้สึกถึงความทุกข์ที่สุดของชีวิต ต้องพยายามผ่านความรู้สึกในช่วงนั้นให้ได้เพื่อตนเอง เพื่อคนที่ตนรัก แล้วค่อยๆ ขอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตหาทางออกให้กับตนเองว่าจะดำเนินไปอย่างไร ต้องปรับเปลี่ยนชีวิตหลายอย่าง จากการสัมภาษณ์พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างมาก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (2) การดูแลรักษาความสะอาด (3) การมีเพศสัมพันธ์ และ (4) การตรวจภายใน ดังนี้

2.2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่า มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง นอกนั้นหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว เกือบทุกรายมีการพยายามที่จะศึกษาหาความรู้มากขึ้นเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการดูแลรักษาสุขภาพทางเพศของตนเองให้แข็งแรงมากที่สุด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้มากขึ้นจากการศึกษาหลายแห่ง อาทิ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล กลุ่มอาสาสมัคร และจากสื่อต่างๆ เช่น ทีวี วิดีโอ เสียงตามสาย นอกจากความรู้ที่ได้รับจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ให้ข้อมูลหลายรายพยายามที่ศึกษาด้วยตัวเอง เช่น การเลือกดูรายการทีวีที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ อ่านหนังสือพิมพ์ ซึ่งแตกต่างจากในช่วงก่อนติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ที่ไม่ถูกต้อง

ความรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ เป็นความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรค และวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรค

หลังจากติดเชื้อผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีความรู้เข้าใจในเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น โดยเฉพาะเกี่ยวกับวิธีการติดต่อของโรค โดยรู้ว่าเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในเลือด น้ำคัดหลั่งจากอวัยวะสืบพันธุ์ และจะไม่ติดต่อกันโดยการรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้น้ำในห้องเดียวกัน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมีความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรคที่ไม่ครบถ้วน และถูกต้อง ซึ่งแท้จริงแล้วการติดต่อของเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ทางเลือดของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี และการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูล เช่น บุ่ม ที่มีความรู้ความเข้าใจเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น คือ การติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น ดังคำพูดนี้ “รู้

ว่ามันติดต่อกันได้ทางเพศสัมพันธ์อย่างเดียว” (นุ้ม) หรือ “ติดต่อกันทางเพศสัมพันธ์แล้วก็เลือดนี้แหละหลักๆ” (หนึ่ง)

2) มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจในเรื่องของการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีมากขึ้น กล่าวคือรู้ว่าจะต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น หรืออาจป้องกันการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกัน เพราะการรับเชื้อเพิ่มนั้นจะทำให้มีเชื้อไวรัสจำนวนมากเข้ามาทำลายภูมิคุ้มกัน หรือ CD4 ทำให้ร่างกายมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจนฉวยโอกาสได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็รู้ว่าถ้าเราไม่ใส่ถุงยาง เชื้อเราก็จะเพิ่มขึ้น เราก็เพิ่มเขาก็เพิ่ม ซื้ดี่4 ก็ต่ำอันนี้เป็นความรู้ที่หลังไปเข้ากลุ่ม” (ปาน)

“ที่แรกไม่ได้เข้ากลุ่มก็ไม่รู้ คิดว่ายังไงก็ตาย ตายก็ตาย ก็เลยไม่ได้ใส่ถุงยาง แล้วพอมาได้เข้ากลุ่ม ก็เลยใส่ถุงยาง ที่กลุ่มเค้าก็แจกถุงยาง” (อ้วน)

“ข้อมูลเรื่องถุงยางอนามัยรู้ตั้งแต่เราเริ่มป่วย รู้ว่าถ้าเรายังมีเพศสัมพันธ์นะ คุณต้องใช้ถุงยางทุกครั้ง เพราะจะรับเชื้อเพิ่มนะ หรือคุณจะไปปล่อยเชื้อให้คนอื่น” (หวาน)

“ก็ใส่ถุงยางหลังจากที่หมอบอก ไม่งั้นมันจะเพิ่มเชื้อให้กับตัวเองแล้วก็อีกคนด้วย” (นุ้ม)

“คือพี่คิดว่าทำไม CD4 ต่ำมากเลย ตอนไปตรวจครั้งแรก ที่นี้พี่ก็เข้าใจแล้วว่าทำไม เราอยู่ด้วยกันตลอดไม่เคยใช้ถุงยางเลย มันก็เพิ่มเชื้อให้กันตลอดเวลา ทำให้ภูมิคุ้มกันเราตก เรารู้แล้วก็ใส่ถุงยางทุกครั้ง” (ดาว)

“ใส่ทุกครั้งเลยละ ตั้งแต่หมอบอกว่าต้องใส่นะ ไม่งั้นมันจะเพิ่มเชื้อให้กับตัวเองแล้วก็อีกคนด้วย เวลามาศึกษาคลินิกเค้าก็หยิบให้พี่เป็นกำเลย (หัวเราะ) ถ้าที่คลินิกหมด ก็จะซื้อที่เซเว่น” (หนึ่ง)

3) แหล่งความรู้ที่ได้รับเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

ความรู้ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบนั้นมีหลายช่องทาง ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ช่องทางหลักๆ ได้แก่ จากบุคลากรสาธารณสุขหรือสถานบริการ และการหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งต่างๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) จากบุคลากรสาธารณสุขหรือสถานบริการ

ส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับความรู้จากแพทย์ที่รักษา จากชมรมผู้ติดเชื้อทางสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบผลการตรวจเชื้อเอชไอวีจากแพทย์แล้ว อาจไม่ได้รับคำอธิบายในเรื่องของโรคมากนัก ในวันแรกของการทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้รับคำอธิบายจากแพทย์ว่าตนเองนั้นติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้เป็นเอดส์ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกสับสนไม่เข้าใจว่าหมายความว่าอย่างไร ต่อมาเมื่อมีโอกาสได้เข้ากลุ่มของผู้ติดเชื้อ มีการอบรมให้ความรู้มากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนเอง รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง “อ้วน” ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งทราบว่าตนเองนั้นติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้เป็นโรคเอดส์ เมื่อเข้ารับการอบรมในชมรมหนึ่งที่อยู่ในโรงพยาบาล ทราบว่าการที่ไม่ได้เป็นโรคเอดส์นั้นเพราะยังมีระดับภูมิคุ้มกันในร่างกายที่สูง ไม่เป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หมอบอกว่าป้าติดเชื้อนะ แต่ป้าไม่เป็นเอดส์นะ เรารับไม่ได้แล้วก็ไม่เข้าใจด้วย พอตอนหลังมาตรวจอีกโรงพยาบาลหนึ่ง หมอก็มามีอธิบายให้ฟังทีหลัง บอกว่าป้าติดเชื้อนะแต่ป้ายังไม่ต้องกินยา CD4 ป้ายังสูงอยู่ 600 กว่า ป้ายังไม่ต้องกินยา รักษาสุขภาพนะ อย่าเครียดนะ เราเลยเข้าใจว่ายังไม่ต้องกินยา ป้ามาตรวจเองเพราะว่ามีบัตร 30 บาท ที่รพ.นี้ก็มีกลุ่มชมรมอะไรอย่างนี้...เราหาข้อมูลไม่ยาก เรามีกลุ่มตรงนี้เราก็รู้อะไรจากกลุ่ม จากเครือข่าย มีประชุมนั่นประชุมนี้ เค้าก็จะโทรมาบอกว่าไปฟังมัย ไปประชุมมัย” (อ้วน)

“ก็รู้มาจากเพื่อน เพื่อนที่เป็นพยาบาลแล้วให้ฟัง หลังจากติดเชื้อก็ได้ความรู้เพียบเลย ก็ได้คุยกับพี่ที่ชมรม เค้าก็สอน มีรายการเกี่ยวกับเอดส์ ส่วนใหญ่จะมีช่อง 11 ก็ดูเห็นอาจารย์... บ่อยมาก ก็มีหมอเค้ามาตอบคำถาม” (หนึ่ง)

“ก็พอรู้ตัวว่าติดก็มาที่นี้ที่คลินิก แล้วก็มีหมอที่โรงพยาบาลเค้าแนะนำให้มาตรวจและเค้าจะมีการแนะนำชวนเข้าร่วมโครงการตั้งแต่นั้นมาก็เข้าร่วมโครงการนี้มาตลอดเลย ส่วนมากจะทำตามที่โครงการแนะนำแล้วก็ดูข่าวในทีวีดูบ้างแล้วก็ไม่ค่อยได้ฟังเรื่องโรคนี้จากวิทยุและก็ไม่ค่อยได้ตามข่าวเท่าไร้นอกจากที่โครงการแนะนำ” (น้ำ)

2) จากการหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งต่างๆ

เป็นที่ทราบกันดีว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น สามารถศึกษาหาได้ด้วยตัวเองจากแหล่งต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต วารสารต่าง หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ เป็นต้น

“ส่วนมากก็ได้จาก รพ.บางทีก็ดูทีวี ก็จะมีช่อง 11 ก็ออกตรงนี้ แต่วิทยุไม่ค่อยมีนะ” (อร)

“แต่พอรัตน์เป็น รัตน์ก็ต้องรู้จักกับมันมากขึ้น ก็อ่านหนังสือ ถามเพื่อน เมื่อก่อนยังเล่นอินเทอร์เน็ตไม่เป็น เพิ่งมาเล่นเป็นตอนหลังเนี่ยละคะ ได้ดูบ้าง ก็ดูข่าว ข้อมูลมันก็ทันสมัยมากขึ้น พี่รัตน์เค้าอยากให้กินพวกยาแผนโบราณ ยาลูกกลอนอย่างนี้เป็นต้น แต่รัตน์ไม่ให้ความร่วมมืออะไรซักอย่าง ยาลูกกลอนสกปรก ส่วนผสมอะไรก็ไม่รู้ แล้วถ้ากินยาลูกกลอน ก็ห้ามกินโน้นกินนี่ แล้วร่างกายจะเอาอะไรเข้าไป รัตน์ก็บอกว่ารัตน์ไม่เป็นไรง่าย ๆ หรือ ไม่ตายง่าย ๆ หรือ...ส่วนใหญ่ดูทีวีช่อง 11 ช่วงบ่าย ปรีक्षाเรื่องเอดส์” (รัตน์)

“เราเป็นอาสาสมัคร ตอนแรกดวงมาทำในเรื่องของเครือข่าย ตอนที่อยู่กับแฟนคนแรกเราเป็นตัวแทนเครือข่ายแล้วละ เริ่มไปอบรมที่โน้นที่นี้ เริ่มมีความรู้มากขึ้นแล้ว ก็เลยได้เข้ามาทำงาน...จากการอบรมส่วนใหญ่จากเพื่อนๆ แล้วเราก็จะไปดูในเน็ตว่ายาตัวโน้นตัวนี้เป็นยังไง” (ตวง)

2.2.2 การดูแลรักษาความสะอาด

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่าหลังจากทราบว่าได้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วเกือบทุกรายมีการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้ศึกษาหาความรู้เรื่องการติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลใส่ใจกับสุขอนามัยของอวัยวะเพศค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะทราบว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้นไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ตนเองจะต้องคอยดูแลรักษาสุขภาพตนเองไม่ให้เป็นโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีความระมัดระวังในเรื่องของการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศมากขึ้น มีการใช้น้ำยาทำความสะอาดเฉพาะที่ซึ่งมีวางจำหน่ายอยู่ทั่วไป หรือล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศหลายครั้งจนตนเองรู้สึกสะอาดเพียงพอแล้ว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ใช้น้ำยาของกิฟฟารีนล้างตรงนั้น เพื่อนมันแนะนำเราก็ใช้นั่นแหละ” (หนึ่ง)

“เริ่มใช้สบู่เวลาเข้าห้องน้ำจะใช้สบู่ล้างทุกครั้ง ก็เริ่มทำตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อ เราเป็นอย่างนี้เราต้องสะอาดค่ะ” (แก้ว)

“พอหลังจากติดเชื้อหมอก็แนะนำให้ใช้เบตาดีนผสมน้ำให้เจือจางทำความสะอาดบริเวณนั้น ถึงแม้ว่าจะมีหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ บางครั้งก็ใช้น้ำเกลือทำความสะอาดได้ค่ะ ที่เราทำความสะอาดเพราะค่อนข้างดูแลตัวเองเยอะ” (รัตน์)

“ด้วยความที่เรากลัว เราจะค่อนข้างล้าง เราล้างให้สะอาดที่สุด คนอื่นเค้าจะไม่ล้างนะ แต่เราจะล้าง เราจะใช้น้ำเปล่า สบู่เราจะไม่ใช่เลย เขาบอกว่ามันเป็นกรด เป็นด่าง...หลังมีอะไรกันกับแฟน ไม่รู้สิเวลาเราล้างเราก็ล้างผู้หญิงส่วนใหญ่จะไม่ล้าง มันรู้สึกเหนอะหนะ มันจะมีน้ำไหลเหมือนเราเป็นประจำเดือน เรายังไม่ชอบเลยเวลามันไหลออกมา แล้วมันอยู่ข้างในมันไหลออกมามันเปื้อนที่นอน เราก็ไม่ชอบ” (ดวง)

“ก็น้ำเปล่าบ้างน้ำยาบ้าง น้ำยาก็จะเป็นน้ำยาแอลกอฮอล์ แต่ว่าไม่ได้ใช้ประจำ ก็จะใช้สบู่” (น้ำ)

“น้ำยาล้างก็มีนะ ก็จะใช้เดดตอลล้าง ผสมน้ำให้มันเจือจางแล้วก็ล้าง แบบที่มันมีหัวฉีด นานๆ ครั้งทำทีหนึ่ง มันมีหลอดดูดแล้วก็ฉีดเข้าไป มันคันมาก แต่ก็ไม่หาย หมอเลยให้ยาสอดแต่ก็ต้องกินยาร่วมด้วย มันถึงจะหาย” (ดาว)

“เดี๋ยวนี้ก็จะแยกกางเกงในตากแดดบ้าง กลัวมันสกปรก ส่วนตรงนั้นจะเน้นล้างให้สะอาด แล้วก็ดูแลความสะอาดของมือ เล็บ ให้สะอาดเพราะว่าเราช่วยตัวเองด้วย” (แอน)

“เวลามีอะไรกันแล้ว ไม่มีอะไรทำความสะอาดเป็นพิเศษ ก็ใช้สบู่ธรรมดา นอกจากว่าถ้ามีคันมากๆ ก็จะใช้น้ำเกลืออุ่นๆ ล้างเข้าไป ก็หายทุกครั้ง” (ก้อย)

2.2.3 การมีเพศสัมพันธ์

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศต่อตนเอง ถึงแม้ว่าสมัยก่อนที่จะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี อาจมีคนรักมาแล้วหลายคน แต่สุดท้ายเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ การเลือกที่จะมีคนรักก็เปลี่ยนไป มีการระมัดระวังในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกที่จะมีคนรักใหม่ที่เป็นผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกับตน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง จากการสัมภาษณ์สามารถแยกพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) หยุดการมีเพศสัมพันธ์ 6 ราย 2) ยังคงมีเพศสัมพันธ์หากแต่มีการใช้ถุงยางอนามัย 6 ราย และ 3) ยังคงมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย 2 ราย ซึ่งในแต่ละพฤติกรรมนี้มีเหตุผลที่ทั้งเหมือนและแตกต่างกัน โดยมีพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1) หยุดการมีเพศสัมพันธ์กับสามี

ความหวาดกลัวและความกังวลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ให้ข้อมูลเป็นอยู่นั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เปลี่ยนไปชัดเจน มีความระมัดระวังและให้ความสำคัญเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอย่างมาก ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย เมื่อทราบว่าตนเอง

ติดเชื้อมีคนรักใหม่หรือบางรายในระยะแรกอาจมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักบ้าง แต่ต่อมาก็ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กันแล้วเป็นระยะเวลาหลายปี และถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลยังคงอาศัยอยู่กับสามีแต่ยืนยันที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ด้วยจนอาจเกิดการทะเลาะกันขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“สามีจะขออนอนด้วยเราก็จะบอกว่าอย่ามานอนเลยนะ เราไม่ค่อยสบายนะ ตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อเราก็ไม่นอนด้วยกันเลยนะ เวลาเค้าทานเบียร์มาเค้าจะว่าเลย เป็นอะไร ทำไมไม่ให้นอน เกิดอะไรขึ้น อะไรอย่างนี้ล่ะ เราก็ไม่บอกเค้า...ทะเลาะกันเลย ทะเลาะกันมากเลย บางทีก็บอกว่าวันนี้ไปตรวจภายในมานะ หมอให้ยาเหน็บมา เค้าก็ขอดู เราก็ต้องโกหกต่อว่าลืมเอามาเอาไว้ที่ทำงาน หมอให้เหน็บยานะเนี่ยะ เป็นเชื้อรา เราจะโกหกเค้าตลอด เราก็ไม่มีอารมณ์ด้วย เชื้อกับเชื้ออยู่ด้วยกันก็ตาย เราไม่เอา แยกนอนเลยนะค่ะ เชื้อเดียวเดียวให้เค้าเลย ที่นอนเดียวให้เค้า ส่วนเรานอนกับพื้น บางทีเค้าว่า เนี่ยะ เดี่ยวให้ 500 บาท ขอนอนหน่อยซิ บางครั้งเราก็ส่งสารเค้า นะ แต่เราก็บอกว่า เราเหนื่อยมากเลย เธออย่าเลยนะ เราหงุดหงิดที่ทำงานมา เค้าก็ว่าเหตุผลอะไร นักหนา ถึงอ้างเหลือเกิน ตอนหลังก็ทะเลาะกันมาก เพราะว่าเค้าเมา แล้วก็จะพูด เป็นพัวเมียกัน แล้วไม่ให้อ่านไม่ให้อ่าน เรื่องนี้ถือว่าเป็นเรื่องใหญ่จะนะ...เราก็คิดว่า โอ้ย ไม่เอาแล้ว ชีวิตนี้ฉันฉันพอแล้ว” (แก้ว)

“แฟนคนแรก อยู่กินกันไม่ได้จดทะเบียน พ่อของลูก เป็นอาจารย์ปริญญาโท เป็นคนเจ้าชู้ พ่อลูกอายุได้ 5 เดือนก็ย้ายหนีไปอยู่เชียงใหม่ คบกัน และเลิกหลายครั้ง เพราะเค้ามีผู้หญิงอื่น แต่การติดเชื้อไม่ได้ติดจากคนนี้ ไปติดจากแฟนเก่าซึ่งก่อนหน้านั้นไม่เคยมีอะไรกันมาก่อน พอแยกอยู่กับแฟน (พ่อของลูกสาว) ก็หันมาคบกับแฟนเก่าที่เคยเลิกกัน คบกันหลายปีก่อนจะติดเชื้อ พี่สาวก็ไม่ได้สำส่อนนะ คบกันมาหลายปีกว่าจะมีอะไรกัน จนปัจจุบันแฟนเก่าคนนี้ได้เสียชีวิตไปแล้ว หลังสุดกลับมาอยู่กับพ่อของลูกสาวเมื่อหลายปีมาแล้ว กลับมาอยู่หลังจากที่เลิกกับแฟนคนที่ทำให้ติดเชื้อ มาอยู่แล้วก็ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีอะไรกัน เค้าจะมีผู้หญิงอีกพี่ก็ไม่ว่าเพราะกลัวแฟนติดเชื้อมันกลัวลูกจะไม่มีคนเลี้ยง ตัวพี่เองคงไม่เสี่ยงเพราะว่าเราไม่ได้อยู่กับใคร ไม่มีอะไรกับใคร” (ดาว)

สามีของแก้วได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และหลังจากนั้นแก้วก็ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับใครอีกเลย นอกจากนั้น ยังมี ก้อย อีกรายหนึ่งที่สามีเสียชีวิตแต่เนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวี และเกิดโรคแทรกซ้อนจนเสียชีวิตดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “หลังแฟนเสียก็ไม่มีอะไรกับใครเลย เกือบสิบปีแล้ว” (ก้อย)

“พอหลังจากที่รู้ว่าติดเชื้อเราก็ก็นั่งอยู่ด้วยกันมาแล้วก็มาเลิกกันเมื่อลูกได้ ขวบสองขวบ เลิกกันตอนปี 2536 อายุประมาณ 34 ปี แล้วหลังจากนั้นก็ไม่ได้มีแฟน ไม่ได้มีอะไร กับใครอีก...เราเลยไม่ได้อยู่เพื่อใครอยู่เพื่อลูก ลูกเราไม่มีพี่น้องข้างพ่อเลย ก็เลยไม่คิดฆ่าตัวตาย” (น้อย)

“บางครั้งเวลาเรากลับไปต่างจังหวัด แล้วมีอะไรกันก็จะบังคับให้เค้าได้ ฤกษ์งาม ใหม่ๆ เค้าก็ไม่ยอม เราก็ไม่ยอม เราก็กลับกรุงเทพ ก็ไม่ค่อยนอนกับแฟน เราแยกกันอยู่ เค้า จะมาหาลูกเป็นบางครั้ง แต่เราก็ไม่ค่อยได้ยุ่งกันแล้วเดี๋ยวนี้” (อ้วน)

นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ได้อยู่กับสามีแต่ยังมีความรู้สึก และอารมณ์ทางเพศอยู่ จะใช้วิธีการช่วยเหลือตัวเอง ซึ่งวิธีการนี้ไม่ได้ทำให้ตนเองรับเชื้อเพิ่มหรือ แพร่กระจายเชื้อไปให้ผู้อื่น ดังคำพูดนี้ “ใช้วิธีการช่วยเหลือตัวเอง ไม่ได้มีอะไรกับใครเวลาเรามี อารมณ์” (แอน)

เหตุผลของการยุติเพศสัมพันธ์

การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพทาง เพศนั้น จะต้องมีเหตุผลชักนำ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนได้ให้เหตุผลที่แตกต่างกัน อันได้แก่ นึกถึง สุขภาพและชีวิตของตนเอง ต่อคนที่ตนรัก เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

1. เพื่อสุขภาพและชีวิตของตนเอง

จากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเคยมีประวัติการ เจ็บป่วยที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือรุนแรง ก็ส่งผลกระทบ ทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ให้ข้อมูลได้ เกิดความไม่สุขสบายทั้งกายและใจ บางรายมีอาการ เจ็บป่วยจนเกือบเดินไม่ได้ และทำให้คนในสังคมใกล้เคียงแสดงความรังเกียจให้เห็น เมื่อผู้ให้ข้อมูล เหล่านี้ได้เริ่มยาต้านไวรัสแล้วร่างกายดีขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความกลัวที่จะไม่สบายอีก เมื่อได้ เริ่มยาต้านไวรัสแล้ว ร่างกายแข็งแรงขึ้นอย่างชัดเจน จึงเป็นเหตุให้เห็นความสำคัญในเรื่องการ รับประทานยาต้านไวรัส และดูแลตนเองอย่างมาก นอกจากนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ ได้รับทราบจากแพทย์ พยาบาล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในทางที่ดีขึ้น ดังเช่นเรื่องราวของ แก้ว ที่มีความรู้สึกกลัวเสียชีวิต เพราะแก้วเคยเจ็บป่วยอย่างหนัก และเมื่อเข้า รับการรักษา สุขภาพของแก้วก็ดีขึ้น แก้วเข้ารับการรักษาในโครงการวิจัยแห่งหนึ่ง ซึ่งจะได้รับ ความรู้จากแพทย์และพยาบาล หลังจากที่แก้วติดเชื้อ แก้วก็ไม่มีเพศสัมพันธ์อีกเลย

2. กำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

ผู้ให้ข้อมูลที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเมื่อไปฝากครรภ์ เล่าให้ฟังว่า ณ เวลานั้นมีความทุกข์ใจมากเพราะกังวลทั้งร่างกายตนเอง กังวลถึงลูกที่อยู่ในครรภ์ว่าจะมีผลกระทบอะไรบ้าง จนมีความคิดต้องการทำแท้งเพราะกลัวว่าลูกจะติดเชื้อ และกลัวว่าหากตนเองเสียชีวิตแล้วลูกจะอยู่อย่างไร เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับคำแนะนำจากแพทย์ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ทำให้เกิดความหวังขึ้น และมีการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ทำทุกอย่างที่สามารถทำได้ เพื่อให้มีชีวิตอยู่กับลูกได้นานที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เอาง่ายๆ นะ พี่ไปโรงพยาบาล.... เห็นน้องคนหนึ่งเค้าออกมาจากห้องตรวจห้องเดียวกัน เค้าก็ออกมาแล้ว อายุก็น่าจะซัก 20 ปี บอกว่าจะฆ่าตัวตายแล้ว พี่ก็บอกว่าดูอย่างพี่ซิ พี่ต้องสู้อยู่กับลูกพี่จนร่างกายเหมือนจะปกติแล้ว น้องอย่าไปทำอย่างนั้นเลย เมื่อก่อนไม่ค่อยได้สนใจ แต่พอตอนหลังเค้าบอกว่าออกกำลังกายจะได้สร้างภูมิให้กับตัวเอง กินของที่มีวิตามินมะม่วง แครอท จะได้ไม่ป่วย ถ้าเราสุขภาพดีเราก็จะไม่ทรุด มีโอกาสอยู่กับลูกได้อีกนาน” (ก้อย)

3) มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย

ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจถึงประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยว่า เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดีขึ้น มีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อจึงเริ่มปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเรื่อยมา จนถึงปัจจุบัน โดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์อย่างเคร่งครัด และพยายามโน้มน้าวฝ่ายชายให้มีความร่วมมือในการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พอหลังจากคลอดลูกเสร็จได้สัก 2-3 ปี ก็ไม่ได้นอนด้วยกัน....หลังจากรู้ว่าติดเชื้อก็ใช้ถุงยางตั้งแต่นั้นครั้งแรกที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์กันอีกครั้ง ไม่เคยลืมเลย” (อร)

“ใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเลย ตั้งแต่หมอบอกว่าต้องใส่นะ แล้วเวลามาคลินิกเค้าก็หยิบให้พี่เป็นกำลังใจ ถ้าที่คลินิกหมด ก็จะซื้อที่เซเว่น” (หนึ่ง)

“หลังจากติดเชื้อเราก็ก็นำถุงยางพกหนึ่งเพราะเราถือว่าเป็นอันที่จำเป็น จะใช้ทำไมละ จนวันหนึ่งมาเจอคู่อื่น และหมอนี่ก็กล่าวตักเตือนเราบังเอิญได้ยินว่ามีพันธุ์ใหม่นะ เลยคุยกับแฟนแล้วเริ่มถาม....ถามเพื่อนก่อน ว่าจริงหรือ เขาบอกว่าจริงสิ พอได้ยินหมอบอกว่าตักเตือนคู่อื่นเลยมีความรู้สึกกลัว HIV ละเอี้ยดอ่อนมากเลย เป็นกับเป็นไม่เห็นต้องใช้เลยถุงยาง พอเราศึกษาทีไรก็เลยเข้าใจ มันสำคัญมากที่สุดเลยสำหรับคนติดเชื้อ มีความสำคัญกับตัวเรา และคนที่เราจะอยู่ด้วยมากๆ ก็เริ่มใช้ถุงยางตอนมาเข้ากลุ่มที่ศูนย์วิจัยฯ” (แอน)

“ของหวานนี้ต้องใส่ทุกครั้ง คือว่าอยู่ด้วยกันนี่เขาก็อยากจะใส่แบบสดๆ บ้าง แต่หวานก็บอกว่าใส่แล้วมันคุ้มกันไหมกับการที่ชีวิตมันสั้นลง ตัวเองเอาเข้ามาให้หวาน หวานก็เอาเข้าไปให้พี่ พอผสมกันแล้วเชื่อมั่นจะกลายเป็นพันธุ์... หมอบอกให้ใช้ถุงยางตั้งแต่อยู่กับแฟนคนเก่า คนที่ตายแล้ว หมอให้ใช้แต่เขาก็คือมันไม่ค่อยใส่ ยอมรับว่าตอนนั้นไม่ค่อยได้ใส่ บอกให้ใส่ก็ไม่ใส่ จนเขาป่วย พอเริ่มป่วยแล้วก็ถึงบอกเขาว่าเห็นไหมไม่ค่อยใส่ อีกหน่อยก็จะตาย หนีลูกกันหมดแล้วลูกจะอยู่กับใคร เราพูดอย่างนี้ไงเขาก็เริ่มใส่ พอเริ่มป่วยเขาก็ไม่อยากจะยุ่งกับเรา เพราะว่ากลัวตัวเองจะตาย แต่แฟนคนปัจจุบันนี้ใส่ตลอดเลย” (หวาน)

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้หลังจากที่ติดเชื่อ มีความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องใช้ถุงยางอนามัยและการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง แต่ก็ให้ความสำคัญในเรื่องของความสะอาดอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายด้วย และไม่ได้รู้สึกว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีโดดเด่นกว่าเรื่องอื่นๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปกติรักกับแฟนคนแรกที่แต่งงานกัน เฉลี่ย Sex เนี่ยมีเดือนละ สอง ครั้ง เค้ารู้ว่ารักกันไม่ชอบ แล้วเค้าก็ไม่ขัดใจ ก็ธรรมดา ปกติ...พอแฟนคนแรกตาย ก็มีแฟนคนที่สอง เวลาเริ่มต้นมาหาหมอเค้าก็มากับรัตนด้วยนะ แต่เรื่องตรงนั้น รัตนให้เค้าใช้ถุงยาง รัตนก็บอกข้อควรระวังยังไง เค้าก็ศึกษาไปกับรัตน หลังจากคบกันเป็นปีถึงจะมีอะไรกันเพราะเค้ารู้ว่าเราไม่ชอบนานๆ ถึงจะมีอะไรกันที เวลาที่มีอะไรกับเราเค้าใช้ถุงยางทุกครั้ง ดูแลตัวเองมากขึ้นกว่าเดิมเยอะมาก อาหารการกิน ภายใจ ความสะอาด เรื่องตรงนั้นด้วย แต่จะจัดลำดับความสำคัญ สำหรับตัวเองเรื่องอาหารสำคัญที่สุด จะเพิ่มในเรื่องโภชนาการ ออกกำลังกาย ความสะอาด สุขภาพจิต” (รัตน)

เหตุผลของการใช้ถุงยางอนามัย

การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยสำหรับผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีนี้ เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม เพราะหากผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้รับเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งส่งผลทำให้ระดับภูมิคุ้มกันลดน้อยลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อนจนร่างกายไม่แข็งแรงในที่สุด หรือในบางรายหากเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อญาติพี่น้องที่จะต้องมารับผิดชอบในงานส่วนของตน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“พอเริ่มป่วยก็เริ่มให้เขาใส่ถุงยาง แล้วไม่ค่อยยุ่งกับเรา เพราะเราเองก็กลัวว่าตัวเองจะตาย” (หวาน)

“ถ้าพูดถึงการร่วมเพศจะต้องใช้ถุงยางอนามัย ถึงแม้ว่าจะไม่ให้ผลร้อยเปอร์เซ็นต์ก็ตาม มันไม่ใช่แค่ป้องกันเฉพาะโรคนี้แต่ยังป้องกันโรคอื่นๆ อีกด้วย” (รัตน)

“การดูแลเอาใจใส่อวัยวะเพศของเรา และกึ่งของแฟนด้วยจะได้มีสุขภาพที่ดี จิตใจของตัวเองก็จะดี” (นุ่น)

“ถ้าเราป่วย คนรอบข้างเค้าก็เดือดร้อน ต้องพาเราไปหาหมอ ต้องใช้เงินทอง ค่าใช้สอย อย่างเรามีหลานก็ต้องเอาไปฝากเค้าเลี้ยงอีก มันก็ลำบากกันเป็นทอดๆ” (หนึ่ง)

ผู้ให้ข้อมูลที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรักที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่คนรัก รัศมีมีคนรักหรือแฟนที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่รัศมีจะบอกว่าตนเองติดเชื้อซึ่งต่างจาก น้ำ ที่ไม่กล้าบอกเพราะกลัวว่าจะสูญเสียคนรัก สำหรับรัศมี ได้บอกให้คนรักทราบถึงสถานะการเจ็บป่วยของตน และจะมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพราะไม่ต้องการแพร่กระจายเชื้อไปสู่คนรัก

4) มีเพศสัมพันธ์ที่โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง หรือไม่มีเพศสัมพันธ์แล้วก็ตาม ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ซึ่งไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งในกลุ่มนี้ เล่าให้ฟังว่าสามีของตนเองนั้นไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ต้องการใส่ถุงยางเพราะรู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ อึดอัด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เค้ารู้ว่าเราติดเชื้อ ครั้งแรกเค้าก็ใส่ถุงยาง แต่ครั้งที่สองที่สามที่สี่นี้เค้าไม่ใส่เลย เค้าบอกว่ามันไม่มัน ไม่เหมือนของจริง” (ปาน)

ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งที่ไม่ได้บอกความจริงกับสามี เนื่องจากไม่สามารถบอกความจำเป็นที่ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้ คือ น้ำ เพราะน้ำไม่ได้บอกคนรักว่าตนเองติดเชื้อ ทำให้ไม่สามารถโน้มน้าวให้คนรักใส่ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งเกรงว่าจะเกิดความความสงสัย การปกปิดสถานะการติดเชื้อนับว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญมากในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม น้ำจะพยายามหาเหตุผลอื่นๆ มาต่อรองกับคนรัก เช่น ไม่ต้องการท้อง แต่ไม่สามารถยกข้ออ้างได้ทุกครั้ง และสุดท้ายก็ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะน้ำมีความกังวลในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรักกับตน น้ำจึงให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากกว่าผู้ให้ข้อมูลรายอื่นๆ เป็นต้น

“คนที่ยังคบกันถึงปัจจุบันนี้ช่วงแรกเราก็ใส่ถุงยางกลัวมีลูก ใส่เป็นบางช่วง แต่ปกติเราก็ไม่ได้นอนด้วยกันบ่อย เพราะเราไม่ได้อยู่ด้วยกันก็ไปๆมาๆ ก็ไม่ค่อยใส่นานๆถึงจะใส่ เค้าบอกว่าเค้ากลัวโรคนี้มาก เราก็เลยไม่กล้าบอก ไม่รู้เหมือนกันไม่กล้าบอก (เริ่มน้ำตาคลอ) มีบางครั้งที่ให้ใส่เพราะเราบอกว่าไม่ได้นะช่วงนี้มีประจำเดือน แล้วเราก็เจอกันนานๆครั้ง” (น้ำ)

เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

การไม่ใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้หญิงบางรายเกิดขึ้นจากตัวผู้หญิงเองที่ขาดความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอ ไม่ได้ตระหนักถึงอันตรายที่อาจตามมา ซึ่งปานบอกให้คนรักใส่ถุงยางอนามัยในขณะที่คนรักเมาสุรา ทำให้อีกฝ่ายขาดสติในการจะรับฟัง และตระหนักถึงผลเสียที่จะตามมา ถึงแม้ว่าฝ่ายชายจะเมาแต่ปานก็มิได้ห้ามการมีเพศสัมพันธ์อย่างจริงจัง ในเวลาต่อมาคนรักของปานเมื่อทราบว่าปานติดเชื้อมีไข้สูง ยังคงไม่ใส่ถุงยางอนามัย เหตุผลที่คนรักไม่ชอบใส่ถุงยางอนามัยเพราะรู้สึกไม่เหมือนของจริง ปานไม่ต้องการเลิกกับคนรักจึงไม่ปฏิเสธความต้องการของอีกฝ่าย “เวลาแฟนเมาเค้าไม่ใส่ถุงยาง เค้าไม่รู้เรื่อง ก็คงจะเมาแหละ พอเราบอกเค้าก็ไม่รับรู้ เราบอกตอนแฟนเมาว่าติดเชื้อให้ใส่ถุงยาง” (ปาน)

2.2.4 การตรวจภายใน

ในช่วงระยะก่อนติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการตรวจภายในไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจภายในระยะตั้งครรภ์ แต่สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเมื่อไปฝากครรภ์นั้น จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ตรวจภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก ในส่วนของผู้ให้ข้อมูลที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อในกรณีอื่นๆ นั้นจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อาจมีเพียงไม่กี่รายที่ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่าไม่กล้า อายแพทย์ เป็นต้น พฤติกรรมการตรวจภายใน สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) มีการตรวจภายในเพิ่มขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับรู้จากแพทย์ หรือเข้ารับการอบรมจากกลุ่มชมรมผู้ติดเชื้อต่างๆ นั้นจะมีการตรวจภายในมากขึ้น เพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก หากตรวจเจอในระยะเริ่มต้นก็จะสามารถรักษาให้หายได้ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญและปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ตั้งแต่แต่งงานก็ตรวจ แล้วก็เพิ่งมาตรวจมะเร็งปากมดลูกนี้แหละค่ะ” (รัตน์) หรือ “ก็ตรวจภายในไปเมื่อปีที่แล้วก็ไม่เจออะไร แต่เราต้องตรวจเรื่อยๆ” (แก้ว)

หวาน จบการศึกษาชั้น ป.4 ซึ่งไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือการดูแลรักษาสุขภาพเป็นพิเศษใดๆ เลย จนกระทั่งทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและไม่สบายจนต้องเข้าโรงพยาบาลในเวลาต่อมา เมื่อรักษาจนอาการดีขึ้น ได้เข้าร่วมชมรมแห่งหนึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อทำให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลร่างกาย อวัยวะต่างๆ เริ่มหันมาสนใจตัวเองมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ก็ตรวจภายในนะ ผลก็ธรรมดา กลัวที่สุด กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก แล้วจะตรวจทุกกระยะ เราอยากจะตรวจทุก 4 เดือนด้วยซ้ำ” (หวาน)

“ตรงนั้นมันแสบ ไปเช็ที่บาราศ ก็เป็นซิฟิริสแฟง ก็ได้ยามาเหน็บ แล้วก็ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก 6 เดือนที่แล้ว ก็ไม่มีอะไรซัก ล่าสุดไปตรวจเป็นดิ่งเนื้อแต่ไม่เป็นอันตราย หมอก็ให้มาเช็คบ่อยๆ” (ก้อย)

หากตรวจพบความผิดปกติในมดลูก เช่น น้ำ และ ดาว ที่ตรวจพบก้อนเนื้องอกในมดลูก ทำให้ทั้งคู่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจภายในมากขึ้น

“พอดีว่าทางโครงการแนะนำให้ไปอัตราราชวดี ก็บังเอิญเจอเนื้องอกในมดลูก เมื่อประมาณ 1 ปีที่แล้ว ยังไม่มีอาการ แต่ว่าหมอก็ให้ตัดออก เราก็กำลังขอใบส่งตัวอยู่ เลยทำให้มีการตรวจภายในเพิ่มขึ้น” (น้ำ)

ส่วน ดาว มีลูกสาวหนึ่งคน และกำลังเรียนอยู่ระดับอุดมศึกษา อาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คนแม่ลูก สามิของเธอนั้นแยกกันอยู่ มาเยี่ยมลูกบ้างเป็นบางครั้ง ดาวค่อนข้างให้ความสำคัญกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่ใช่เพียงแค่ความรู้ที่ได้จากแพทย์ แต่คนใกล้ชิดของดาว ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกและเสียชีวิตในที่สุด ทำให้เธอยังรู้สึกกลัว เธอต้องการดูแลตัวเองเพื่อให้มีชีวิตอยู่กับลูกให้นานที่สุด และตรวจพบก้อนที่มดลูก จึงตัดสินใจผ่าตัดในที่สุด ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เคยไปตรวจภายในแล้วไม่ปกติ ก็ไม่ได้ไปตรวจซ้ำ พอดีเพื่อนเป็นมะเร็งตาย เลยกลัวไปลองตรวจก็ผิดปกติอีก ก็เลยไปอัตราราชวดี ก็เจอเป็นก้อน เลยตัดสินใจผ่าตัด ตัดมดลูกไปหมดเลย” (ดาว)

2) ไม่มีการตรวจภายในเพิ่มขึ้นจากเดิม

สำหรับผู้ให้ข้อมูลบางรายอาจไม่ได้มีการตรวจภายในมากเท่าใดนัก เพราะมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น ไม่มีเงินตรวจภายใน อายุ ผลการตรวจครั้งแรกปกติ หรือ ไม่ได้รับคำแนะนำ ตัวอย่างเช่น อร ซึ่งไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกเลย ถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์เมื่อไปฝากครรภ์ โดยให้เหตุผลว่ารู้สึกอายและกลัวการตรวจภายใน ดังตัวอย่างคำพูดว่า “ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก อายด้วย กลัวด้วย ก็มันไม่มีอาการอะไรผิดปกติ” (อร)

ปัญหาทางการเงินเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการตรวจภายในสำหรับผู้ให้ข้อมูลบางราย ถึงแม้ว่าค่าตรวจนั้นอาจไม่แพงสำหรับบางคน แต่ผู้ให้ข้อมูลที่มีฐานะยากจนดั่งเช่น นุ่น มีความลำบากในการหาเงินเลี้ยงชีพ ต้องทำงานรับจ้างทั่วไป ได้รายได้เป็นวัน เธอเลยมีโอกา

ได้ตรวจมะเร็งปากมดลูกในช่วงที่ตั้งครรภ์เท่านั้น และไม่ได้เข้ารับการตรวจอีก ดังตัวอย่างคำพูดว่า “ตรวจมะเร็งปากมดลูกปี 2543 แล้วก็ไม่ได้ไปตรวจอีก มันไม่กล้า อีกอย่างไม่มีเงินด้วย” (บุ๋ม)

บุคคลากรทางการแพทย์กับการตรวจภายใน

จากการสัมภาษณ์ยังพบว่ามียีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการตรวจภายในอย่างต่อเนื่อง คือ แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ในบางครั้งจำเป็นต้องมีการติดตามประวัติการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อ้วน ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากสามีของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ไม่สบายและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล อ้วนจึงได้รับคำแนะนำให้ตรวจการติดเชื้อ หลังจากนั้น ก็เข้าร่วมฟังการอบรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อทำให้ได้รับการบอกเล่าถึงการตรวจภายใน ซึ่งอ้วนมีความรู้สึกว่าการตรวจภายในนั้นสำคัญสำหรับตนเอง แต่ไม่กล้าพูด หรือเสนอความคิดเห็นกับแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูดว่า “ป้าก็อยากจะตรวจพวกภายในนะ แต่หมอเค้าไม่แนะนำอะไรเลย เราก็ไม่กล้าขอ” (อ้วน)

ในกรณีที่ผลการตรวจออกมาเป็นปกติ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกปลอดภัยในช่วงเวลานั้น และไม่ได้เห็นความสำคัญของการตรวจภายในอย่างต่อเนื่อง ซึ่งดวงนั้นมีลักษณะที่มั่นใจในตนเอง และเน้นเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ตรวจเคยตรวจภายในเพียงครั้งเดียว และไม่ได้ตรวจติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะผลการตรวจภายในครั้งนั้นเป็นปกติ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้ “ตั้งแต่เกิดไม่เคยตรวจ พอเป็นหมอบอกให้ตรวจก็ตรวจ พอติดเชื้อก็เลยมาตรวจ ตรวจไปเมื่อปีที่แล้วครั้งเดียวในชีวิต ตรวจแล้วผลออกมาปกติ” (ดวง)

ส่วนที่ 3 ความหมายของพฤติกรรมการสุขภาพทางเพศ

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 14 ราย ได้ให้ความหมายของสุขภาพทางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะนึกถึงการดูแลร่างกายเป็นสำคัญ โดยความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ได้กล่าวไว้นั้นไม่ได้คิดถึงเรื่อง ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การปราศจากการถูกบังคับ ความรุนแรงทางเพศ ซึ่งเมื่อกล่าวถึงคำว่า “สุขภาพทางเพศ” ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ให้ความหมายหลักๆ เป็น 2 ความหมายดังนี้คือ (1) การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ และ (2) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ

1) การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ

ผู้ให้ข้อมูลคิดเชื่อส่วนใหญ่จะนึกถึงเรื่องความสะอาดของอวัยวะเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความคุ้นเคยว่าความสะอาดนั้น เป็นเรื่องของสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปของบุคคล ซึ่งทุกคนต่างได้รับการอบรมตั้งแต่เด็ก จนถึงการเรียนการสอนในโรงเรียน ว่าจะต้องรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อวัยวะเพศ เพื่อให้มีอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรค ดังนั้นสุขภาพทางเพศในความหมายของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะระมัดระวังเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศเมื่อขับถ่ายมากขึ้น ความสะอาดของชุดชั้นใน ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“การรู้ว่าอวัยวะเพศของเราตอนนี้เป็นอย่างไร ต้องดูแลมันให้ดีขึ้น ไม่ควรปล่อยปละละเลย เวลาไปก็ที่ต้องดูดีๆ ต้องทำความสะอาด” (แอน)

“เราต้องสะอาดกว่าทุกคน กางเกงในไม่มีหมักหมม ต้องซักตาก แล้วยั้ตากแดด” (แก้ว)

“เวลาฉี่เราก็กะล้าง เวลาอยู่ข้างนอกเราก็กะใช้ทิชชูอะไรอย่างนี้” (อร)

“เวลาไปเข้าห้องน้ำข้างนอก เราจะใช้กระดาษเช็ด ราคน้ำเสร็จแล้ว บางทีก่อนเข้าเราก็กะใช้กระดาษทิชชูตรงอ่างน้ำเช็ดก่อนนั่ง เช็ดขอบแล้วถึงจะนั่งลง” (ปาน)

2) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ

ความหมายของสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูล นอกจากการรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีความใส่ใจการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงนึกถึงการตรวจสุขภาพพร้อมด้วย ระวังไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ หรือโรคที่เกี่ยวกับอวัยวะเพศ จะให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการคิดเชื่อของผู้ให้ข้อมูลทุกรายเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งสามารถป้องกันได้ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมองว่า สุขภาพของเพศด้านหนึ่งเป็นเรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ การป้องกันที่ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้กล่าวเหมือนกัน คือ การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ความหมายของสุขภาพทางเพศในความคิดเรา อันตบหนึ่งเลย ก็คิดว่าเกี่ยวกับภายในของตัวเอง ตรวจภายใน ตรวจมะเร็งปากมดลูก เราเป็นผู้หญิงมันอยู่ภายใน มันมองไม่เห็นต้องตรวจ มันไม่เหมือนผู้ชายที่มองเห็นข้างนอก ได้” (หนึ่ง)

“เรื่องความสะอาดก็ไม่ถึงขนาดปัจจุบัน แต่ก็ไม่ได้สกปรก แต่ก็จะไม่พิถีพิถันเหมือนตอนที่เรารู้ว่าเราติดเชื้อ เพราะเรากลัวโรคแทรก สำคัญที่สุด ระวังโรคแทรกต่างๆ เชื้อราอะไรอย่างนี้” (แอน)

“หมายถึงคนที่มีลักษณะที่มีสุขภาพแข็งแรง ก็คือ ตัวเองมีสุขภาพไม่ดีก็มีเชื้ออย่างนี้อยู่ ก็จะมีโรคแทรกซ้อนจนยโอกาสได้” (ก้อย)

“ระวังโรคแทรกต่างๆ เชื้อราอะไรอย่างนี้ ระวังมะเร็งปากมดลูก ป้องกันโรคติดต่อ และใช้ถุงยางอนามัย” (แอน)

“ก็น่าจะเป็นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เช่น การรักษาความสะอาด สุขอนามัยเกี่ยวกับอวัยวะเพศ ใช้ถุงยางอนามัย เชฟเช็ก หลีกเลี่ยงการที่จะทำให้เราเป็นอะไรอีก” (ตวง)

วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศนั้น อีกช่องทางหนึ่ง คือ การมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือสามีเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อสุขภาพทางเพศมากกว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหลายคน เพราะจะลดโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรค แก้ว ให้ความหมายกับสุขภาพทางเพศว่าเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักเพียงคนเดียว ซึ่งสามีของแก้วเสียชีวิตไปนานแล้วแต่แก้วก็ยังต้องการอยู่คนเดียวและไม่มีเพศสัมพันธ์กับใครอีก ดังคำพูดต่อไปนี้

“เราชอบคนเดียว ตายแล้วก็บอกแฟนเค้าทุกครั้ง ยังไงเราก็จะอยู่คนเดียว เราไม่มีความคิดอย่างอื่นนะ” (แก้ว)

“ส่วนตัวเป็นคนหัวโบราณ อยากมีผัวเดียวเมียเดียว ลูกพี่สาวก็ว่าพี่สาวหัวโบราณมีคนมาจีบลูกพี่ พี่สาวก็เครียด เราก็เห็นว่าเค้ายังเด็ก ปัจจุบันไม่คิดจะมีใหม่ด้วย เพราะมันหลายๆ อย่างนะ แต่ว่าถ้าเจอคนจริงๆ ก็ไม่รู้ แต่เราจะบอกใครได้ว่าเราเป็นผู้ติดเชื้อ พี่สาวคิดว่าผู้ชายนะเมื่อเลิกกันก็เป็นคนอื่น เค้าจะเอามาพูดก็ได้ พี่สาวเลยไม่บอกใคร” (ดา)

ส่วนที่ 4 การยอมรับและอยู่กับเชื้อไวรัสเอชไอวี

หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อนั้น มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายในชีวิต เช่น การดำเนินชีวิต ความคิด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากจะต้องใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจะต้องมองอนาคตของคนในครอบครัวอีกด้วย

ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวของตนเองด้วยความรู้สึที่ยอมรับกับชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป อาจยอมรับได้มากขึ้นแตกต่างกันเพราะมีปัจจัยสนับสนุนที่ไม่เท่ากัน ได้แก่ (1) กำลังใจจากครอบครัว (2) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค (3) การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ และ (4) แรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อตนเองและคนที่ตนรัก

1) กำลังใจจากครอบครัว

การติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีผลกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยทุกคน รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ด้วย ซึ่งนับว่าเป็นภาวะเครียดอย่างรุนแรงเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลต้องพยายามปรับสภาพจิตใจให้คงที่ สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ซึ่งกำลังใจนั้นสามารถสร้างได้จากตนเอง แต่กำลังใจที่สำคัญสำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ คือ กำลังใจจากครอบครัว หรือคนที่ตัวเองรัก ผู้ให้ข้อมูลที่มีครอบครัวที่เข้าใจและให้ความช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงเพื่อที่จะมีชีวิตยาวนาน ดังเช่นตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แฟนเค้าก็ดี เค้าก็ทำงานเหนื่อย ก็ไม่ทำอะไรให้เราเครียด...ตัวเองก็อยู่บ้านก็เลี้ยงหลานให้ลูกสาว ปกติก็ต้องไปรับเค้าที่บ้าน ไปส่งที่โรงเรียน ตอนเย็นก็รอรับกลับ เรียนพิเศษตอนเย็น วันธรรมดาหลานก็อยู่กับลูกสาว พอวันเสาร์อาทิตย์เค้าก็จะมานอนด้วย เค้าไม่เรียกพี่ว่าแม่ เค้าจะเรียกพี่ว่ายาย แต่จะเรียกแฟนว่าพ่อ (ผู้ป่วยหัวเราะ) ที่เราคัดสินใจกินยา ก็เพราะเป็นห่วงเจ้าตัวเล็ก (หลานชายของผู้หญิง) อยากดูแล ไม่รู้ว่าเค้าจะเป็นยังไงถ้าเราไม่อยู่ เราก็เลยตัดสินใจที่จะดูแลตัวเอง ก็เพื่อเค้าล่ะ” (หนึ่ง)

“ตอนนี้ดวงก็ระวังตัวมากขึ้น เพราะว่าพี่สาวด้วย เค้าซื้อบ้านให้ดวง เวลาดวงจะคบใคร เราก็ห่วงความรู้สึกพี่สาวด้วยเค้าจะไม่ไว้ใจเราจะคบใครเราต้องระวังตัวนิดนึงเพราะเจ้เค้าจะส่งเสียดวงตลอดใจ พี่สาวเค้าไปญี่ปุ่น ปีนี้ก็ปีที่ 17 แม่ดวงเค้าบอกพี่สาวว่าน้องเป็นแบบนี้ ที่นี้พี่สาวก็ไปหาข้อมูลมาหมดเลยตั้งแต่รู้ว่าเรติดเชื้อ เจ้เค้าก็ส่งเอกสารมาให้ตัดๆ เอกสารต่างๆ แล้วก็มาส่งมาให้เรา” (ดวง)

“ที่บ้านรู้ว่ารัตน์ติดเชื้อ ยกเว้นแม่ ที่รู้ก็มีพี่ชาย หลาน พี่สาว น้องสาว คุณน้า แค่นี้ค่ะ แล้วก็ก็เป็นเพื่อนที่เป็นพยาบาล อันนี้จำเป็นต้องบอกก็โอเคเลยคะเค้าเป็นเพื่อนที่น่ารักมากคะ ให้คำปรึกษาต่างๆ ระตันว่ารัตน์สบายดี ไม่มีปัญหาเรื่องที่ว่าคนโน้นคนนี้รังเกียจ ก็ถือว่าโชคดีมากเลยคะ ระตันถือว่าสุขภาพจิตรัตน์โอเค คิดว่าก็เต็มร้อยคะ ระตันว่าครอบครัวประเด็นหลัก ไม่เคยทำให้มีปัญหา แล้วที่พี่น้องรัตน์ทุกคน โอเคกับรัตน์หมดเลย เค้าไม่เห็นรัตน์ทุกข์มั่งคะ” (รัตน์)

2) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดี เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับการอบรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เพราะก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความเชื่อว่าเมื่อเป็นโรคเอดส์แล้วจะต้องตาย แต่เมื่อมีความรู้มากขึ้น รู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้น สามารถรักษาได้ถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้เชื้อไวรัสที่นั้นหมดไปจากร่างกาย แต่ผู้ให้ข้อมูลสามารถมีชีวิตได้นานครบเท่าที่ผู้ให้ข้อมูลจะรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายสูงพอที่จะต่อต้านกับเชื้อโรคต่างๆ ได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวที่จะมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คนที่ไม่เคยเจอเหตุการณ์อย่างนี้ ไม่รู้หรอกว่ามันเจ็บปวดมากขนาดไหน เราไปที่คลินิกนะ พยาบาลแสดงอาการรังเกียจให้เห็นตอนเข้าไปฟังผลเลือด ตัวเองก็ซ็อก ไปเลย มันเหมือนกับซาไปหมดทั้งตัว เพราะว่าคิดว่าคนติดต้องตายอย่างเดียว เมื่อก่อนพี่ดาวก็กลัวรูปภาพที่เค้าเอามาโฆษณา เรายังไม่มีความเข้าใจเรื่องนี้ พอมาได้ศึกษาก็เลยเข้าใจ เคียวนี่ยอมรับความจริง ไครถามก็บอก เมื่อก่อนคงไม่กล้า ที่โรงพยาบาล....ก็รู้ มีประกันสังคมที่นั่น” (ดาว)

“พอรู้ว่าเราติดเชื้อ เราก็วางแผนไว้แล้วจะฆ่าตัวตาย เพียงแต่ว่าเราจะตายวันไหนเท่านั้นเอง...ที่เราดูแลตัวเองอีกเหตุผลคืออยากจะลบภาพคือ เป็นแล้วเรายังอยู่ได้นะ ไม่ใช่เป็นแล้วต้องตายอย่างตงอะ คราวที่แล้วที่ตงป่วยอย่างที่ย่ำอย่างที่ย่ำหมดหวังแล้วอะหน้าตาแย่มากๆ ทำให้ทุกคนเห็นว่าแย่นาคันนั้นยังลุกขึ้นได้ คือเราต้องการให้ทุกคนรู้ว่าขอให้มีกำลังใจแล้วได้อยู่ช่วยคนอื่นได้ คุณแม่ได้ทำอะไรอย่างนี้ดีกว่า” (ตง)

“พอหมอบอกวันนั้น ก็ไม่อยากจะกลับบ้าน อยากจะไปกระโดดน้ำตาย ได้ยินว่าเอดส์ก็น่ากลัว เป็นแล้วตาย หมอบอกกินยาต้านแล้วดีขึ้นนะ เห็นคนอื่นเขากินแล้วดีขึ้น เราก็เออ ดีขึ้นจริงๆด้วย ร่างกายก็ไม่แห้ง เป็นเมื่อก่อนอะไรก็หายหมด ถึงไม่หายมันก็จางๆ เราก็รู้สึกที่เราอยากจะกิน” (นุ้ม)

3) การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์

จากการที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบจากคนรอบข้างที่แสดงความรังเกียจตนเอง เพราะการติดเชื้อเอชไอวียังเป็นโรคที่ยังไม่ได้รับการยอมรับกับสังคมมากนัก ดังนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายไม่สามารถอยู่ในสังคมเดิมได้ ไม่สามารถเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเองให้คนให้

ฟังเท่าใดนัก การที่ไม่สามารถพูดหรือปรึกษาใครได้ ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด ไม่สามารถระบายความรู้สึกออกมา ซึ่งการระบายความรู้สึกนั้นเป็นวิธีการหนึ่งของการลดความเครียด ปรับอารมณ์ให้คงที่มากขึ้น แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้มีโอกาสเข้ารับการรักษามีโอกาสได้พูดคุยระบายความรู้สึกทุกข์ใจกับแพทย์ พยาบาล และได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ทางสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจัดไว้รองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะคอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายอื่นๆ จะมีการอบรมให้ความรู้โดยมีแพทย์ หรือนักวิชาการมาบรรยายให้ผู้ติดเชื้อได้รับฟัง มีความเข้าใจที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวีอย่างมีความสุข ไม่เกิดโรคภัยไข้เจ็บ ผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้เกือบทุกรายเคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เล่าให้ฟังว่ามีเพื่อนเพิ่มขึ้น มีที่ปรึกษา มีความรู้เพิ่มขึ้น ได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ จากประวัติการรักษาผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งมีแพทย์ และพยาบาลประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจกับบุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แต่พอเข้าไปที่โรงพยาบาล... ได้รู้จักกับกลุ่ม เขาก็คุยกับเรา เหมือนเรามีเพื่อนก็เลยสบายใจขึ้น เมื่อก่อนเรารู้สึกรังเกียจพอเห็นคนที่เค้าเป็นแผล แต่เดี๋ยวนี้เรารู้แล้ว เข้าใจแล้ว... ที่แรกก็มีไม่ใส่ใจยุ่งเพราะเราคิดว่ายังไ้เป็นแล้วยังไ้ก็ตาย เมื่อก่อนไม่รู้เรื่อง พอเข้ากลุ่มก็เลยรู้เราก็บอกว่าแฟนว่าต่อไปไม่ไ้สูงไม่ได้แล้วนะ” (อ้วน)

“พี่ไปหาหมอแล้วเจอน้องคนหนึ่ง เค้าคิดจะฆ่าตัวตาย พี่ก็บอกว่าดูอย่างพี่ซิ พี่ต้องสู้อยู่กับลูกพี่จนร่างกายเหมือนจะปกติแล้ว พอมาได้อบรมถึงไ้รู้ แล้วก็กลัวมากเวลามีเลือดไหลหรือมีประจำเดือนจะต้องทำความสะอาด” (ก้อย)

“พี่คิดว่าถ้ามีอาการออกมาจะฆ่าตัวตาย ต่อมาไปที่คลินิก.....ไปตรวจอีกครั้งหนึ่งก็ไปเจอจิตแพทย์ให้ไปคุยกับชมรม ถ้าไม่มีใครคุยด้วย โทรไปคุยก็ได้ ก็เลยโทรไปที่เจอฟีเค้า ร้องไห้อยู่นานมากทำใจไม่ได้...เรื่องความรู้เรื่องต่างๆ ก็ถามจากเพื่อนๆ โดยเฉพาะกับชมรมนะ คุยกันบ่อยมาก” (ดาว)

“นี่ถ้าฉันไม่ได้เข้าโครงการ คงตายไปแล้วนะ เราไม่เคยคิดกินยาที่อื่นเลย เราอยู่สบายไ้ก็เพราะยา ยิ่งเรามาไ้โครงการอันนี้ละคุณหมอดีมาก คือเราไม่กังวลไ้กะ หมอดูแลเราดีมาก รอดตายมาไ้ก็เพราะอาจารย์นะ” (แก้ว)

3) แรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อตนเองและคนที่รัก

เมื่อบุคคลใดที่ต้องพบเจอกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและรับรู้ว่ามีสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นมีอันตราย เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต จะเกิดความทุกข์ใจจนอาจเกิดความคิดที่จะทำร้ายตัวเองได้ และการที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถยอมรับและมีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้นนอกจากแรงสนับสนุนข้างต้นแล้ว แรงจูงใจของผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับการรักษา ดูแลใส่ใจตัวเองนั้น ก็เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของตนเองให้มีชีวิตที่ยาวนาน และมีชีวิตอยู่ดูแลคนที่ตัวเองรัก หรือคนสำคัญในชีวิต ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อมีลูกแล้ว จะให้คำตอบของการมีชีวิตอยู่เพื่อใครนั้น ก็คือลูก แต่ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ไม่มีลูก ก็เห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่เพื่อคนในครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“แต่พอรัตนเป็น รัตนยังต้องรู้จักกับมันมากขึ้น เพื่อการใช้ชีวิตเรา” (รัตน)

“ถ้าเราสุขภาพดีเราก็จะไม่ทรุด มีโอกาสอยู่กับลูกได้อีกนาน ที่เราดูแลตัวเองก็เพราะลูก ก็ต้องประคองเค้าให้ตลอดรอดฝั่ง ให้เค้าโตอีกหน่อย ให้เค้าเรียนจบ ทำงานเลี้ยงตัวเองได้” (ก้อย)

“พอหมอบอกวันนั้น ก็ไม่อยากจะกลับบ้าน อยากจะไปกระโดดน้ำตาย พอกลับบ้าน ก็คิดได้ สงสารลูก ก็เลยทำใจได้....อยากจะอยู่เพื่อลูก อยากจะทำวันนี้ให้ดีที่สุดแล้วก็คิดถึงลูก” (นุ้ม)

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น สรุปได้ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี มีการเปลี่ยนแปลงภายใน คือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และการเปลี่ยนแปลงภายนอก คือ พฤติกรรมการดูแลรักษาความสะอาด พฤติกรรมการใช้เพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการตรวจภายใน

ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

จากผลการวิจัยที่พบว่าก่อนติดเชื้อเอชไอวีผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รู้จักรายละเอียดเบื้องต้นของโรคเอดส์ ได้แก่ เป็นโรคนี้ต้องตายเท่านั้น หรือ มีรูปร่างน่ากลัว มีแผลพุพอง ตามร่างกาย ในส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่ทราบ ได้แก่ วิธีการติดต่อของโรค วิธีการป้องกันการรับเชื้อเอชไอวี การรักษาโรค เป็นต้น ซึ่งบุคคลพึงรับรู้ในการป้องกันการเป็นโรค ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้หลายรายก่อนติดเชื้อเอชไอวีไม่รู้ถึงวิธีการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อของโรค ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ พฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เห็นเด่นชัดของผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้คือ ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลจึงเป็นปัญหาก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ในอนาคต เรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยนั้น ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าจะเลือกใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เท่านั้น [32] ความเชื่อนี้เป็นค่านิยมของสังคมมาช้านาน ดังนั้นการไม่ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีและภรรยา จึงเป็นเรื่องที่แปลกสำหรับคนในสังคม [13] หากผู้หญิงยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เพียงพอ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงก็จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ค่อนข้างน้อย คือ จบระดับชั้นประถมศึกษา มีเพียง

1. รายที่จบระดับปริญญาตรี ดังนั้นกล่าวได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา การรับรู้ต่อความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคนั้นลดลง

นอกจากระดับการศึกษาของผู้ให้ข้อมูลที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถเกิดขึ้นกับตนเองได้ตลอดเวลา การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ให้ข้อมูลหรือประชาชนโดยทั่วไปยังไม่เพียงพอ ที่จะเข้าถึงกลุ่มคนในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโรคเอดส์ของผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างน้อย เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เพียงด้านเดียว คือ ต้องเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อเอชไอวี เป็นแผลพุพองตามร่างกาย ความเชื่อเช่นนี้ไม่ได้เกิดขึ้นเพียงในกลุ่มการศึกษานี้เท่านั้น แต่ยังพบว่าวัยรุ่น/เยาวชนส่วนหนึ่งยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยเชื่อว่า สามารถแยกแยะผู้ติดเชื้อออกจากผู้ที่ไม่ติดเชื้อได้โดยการสังเกต ลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และพฤติกรรมของคู่นอน และเชื่อว่าผู้ที่มีรูปร่าง อวบ สมบูรณ์ คือผู้ที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์ แม้ในความเป็นจริงบุคคลนั้นอาจเป็นผู้ที่ติดเชื้อแล้ว แต่ยังไม่มีการแสดงที่เด่นชัดก็ได้ [48] ความเข้าใจเหล่านี้แสดงให้เห็นอีกด้านของการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคยังเป็นปัญหาอยู่ การรณรงค์ให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ให้มากที่สุด

ความเข้าใจในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศนั้น ไม่เพียงแต่ต้องดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยจากโรคอื่นอีก พฤติกรรมสุขภาพทางเพศยังรวมถึงความพึงพอใจทางด้านจิตใจ และสังคม อีกด้วย เนื่องจากผู้หญิงถูกสังคมกำหนดบทบาทหน้าที่ในความเป็น “แม่” หรือ “ภรรยา” ที่ดีที่ควรจะปรณนิบัติสามีให้พึงพอใจในทุกๆ ด้าน หรือทำหน้าที่แม่ของลูกอบรมเลี้ยงดูลูกให้ดีที่สุด ทั้งๆ ที่ในบางครั้งผู้หญิงอาจไม่ต้องการทำหรือปฏิบัติตามหน้าที่ที่สังคมคาดหวัง ความเชื่อเหล่านี้ทำให้ผู้หญิงห่างหายจากคำว่า “สิทธิ” และเปลี่ยนเป็นคำว่า “หน้าที่” และหน้าที่ของภรรยา ก็คือ การมีเพศสัมพันธ์กับสามี ไม่ว่าตนเองจะมีความต้องการหรือไม่ต้องการก็ตาม [13] จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อกลุ่มนี้มีปัญหาในเรื่องสิทธิทางเพศและความเหลื่อมล้ำทางเพศระหว่างหญิงกับชาย หลายแง่มุม ของการไม่เข้าใจสิทธิเรื่องเพศ ผู้ให้ข้อมูลยังขาดความรู้ความเข้าใจค่อนข้างมาก และจะปล่อยให้ฝ่ายชายมีบทบาทในการควบคุมสถานการณ์ เป็นผู้นำครอบครัว รวมถึงรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ที่ผู้ชายเป็นผู้กำหนด ได้แก่ ความไม่ร่วมมือในการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงมีการติดเชื้อเอชไอวีจากสามี [13] ซึ่งสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันนั้นกลายมาเป็นกลุ่มภรรยาที่ติดเชื้อมาจากสามีมากขึ้น [4] ทำให้ความปลอดภัยในชีวิตปราศจากโรคภัยจากสามีลดลง ถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้หญิงจะมี

บทบาทมากขึ้นในสังคม แต่ความเชื่อและค่านิยมของสังคมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาช้านานเปลี่ยนแปลงยาก จึงต้องใช้เวลาในการส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพทางเพศ

ในผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื่อเอชไอวีกลุ่มนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลประสบปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จนเกิดการทำแท้ง และตกเลือด ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต ถึงแม้ว่าจะไม่มีความประสงค์กระทำเช่นนั้นก็ตาม ผู้หญิงไม่สามารถเลือกที่จะตั้งครรภ์ได้ ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วผู้หญิงมีสิทธิเลือกที่จะมีลูกหรือไม่มีลูก ผู้หญิงเกิดภาวะจำยอมเพราะถูกสามีทำร้ายร่างกาย บังคับให้ไปทำแท้ง หากไม่ทำเช่นนั้นก็จะถูกทำร้ายร่างกายต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของของ กฤตยา อาชวนิจกุล (2546) ที่มีรายงานว่า “ร้อยละ 4 ของผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์รายงานว่าถูกกระทำรุนแรงทางกายโดยคู่ของตนในขณะที่ตั้งครรภ์ หนึ่งในสี่ของผู้หญิงกลุ่มนี้เคยถูกตบหรือเตะที่ท้องโดยผู้กระทำส่วนใหญ่คือพ่อของเด็ก” [13, 14]

ถึงแม้ในช่วงหลังติดเชื่อเอชไอวีของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังประสบปัญหาสามีไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นผลสืบเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่กล้าที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื่อเอชไอวีของตนเองให้กับสามีหรือคนรักทราบ เหตุผลสำคัญคือกลัวต้องสูญเสียคนรัก หรือถึงแม้ว่าจะเปิดเผยว่าตนเองติดเชื่อ แต่ก็ปล่อยให้ผู้ชายเลือกรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ตามความพึงพอใจ จะเห็นได้ว่าสุดท้ายแล้วในปัจจุบัน ผู้ชายยังคงมีอำนาจเหนือกว่าผู้หญิง

ดังนั้นความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ จะทำให้ผู้หญิงแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อที่ดีหรือไม่ดี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและต่อเนื่องจึงมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื่อเอชไอวี สามารถดูแลและป้องกันตัวเองไม่ให้เป็นโรคได้ ส่วนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื่อเอชไอวี ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดี จะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคได้

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื่อ ไม่ว่าใครก็ตามย่อมที่จะรู้สึกเป็นทุกข์ที่สุดในชีวิตที่ต้องมาเผชิญกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้หญิงที่ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ยอมรับรู้สึกไม่แตกต่างกัน ต้องผ่านช่วงระยะเวลาของการปรับสภาพจิตใจให้เข้มแข็ง ต่อสู้กับเรื่องราวเลวร้ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และจะต้องศึกษาหาแนวทางในการดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของตนเอง

เพื่อให้ชีวิตมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่เป็นโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้มีหลายรูปแบบซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ (1) การดูแลรักษาความสะอาด (2) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และ (3) พฤติกรรมการตรวจภายใน

(1) การดูแลรักษาความสะอาด

มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมากเมื่อพูดถึงการดูแลรักษาความสะอาดของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับความสะอาดของอวัยวะเพศซึ่งเป็นช่องทางที่ผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเพิ่มรายละเอียดในการดูแลอวัยวะเพศมากขึ้น หาซื้อน้ำยาทำความสะอาดมาใช้ ถึงแม้จะทราบดีว่าการทำเช่นนี้ไม่ได้ช่วยให้โรคที่เป็นอยู่หายไป แต่ผู้ให้ข้อมูลต้องการมีสุขอนามัยที่ดี หรือจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ได้แก่การใช้น้ำยาทำความสะอาดผิวหนังผสมน้ำเจือจางเพื่อทำความสะอาดอวัยวะเพศ มีการดูแลชุดชั้นในมากขึ้น ไม่มีการหมักหมม พยายามให้เสื้อผ้าที่สวมใส่แห้งสะอาदनอกจากการทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าแล้ว การเข้าห้องน้ำของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้หลายรายมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นอีกด้วย ระวังระมัดระวังในการใช้ห้องน้ำสาธารณะเพื่อสุขอนามัยที่ดี สะอาดมากขึ้น ใส่ใจกับการทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังจากปัสสาวะเสร็จ เหตุหนึ่งเพื่อลดความกังวลว่าตนเองอาจจะแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น หรือตนเองอาจสัมผัสกับสิ่งสกปรกจากผู้อื่น ทั้งที่ทราบดีอยู่แล้วว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นติดต่อกันทางใดบ้าง

การเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรักษาความสะอาดของผู้ให้ข้อมูลนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณพิมล หล่อตระกูล (2550) [11] ที่ได้กล่าวว่า “ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพทางเพศว่าเป็นเรื่องของการดูแลรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ ให้มีสุขอนามัยที่ดี มีการทำความสะอาดหลังการขับถ่าย มีการใส่ใจในการทำความสะอาดชุดชั้นใน การสังเกตและป้องกันการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับอวัยวะเพศได้ สิ่งนี้รวมถึงการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ”

(2) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

หลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว การเปลี่ยนแปลงที่ในเรื่องพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่หยุดการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์หากแต่มีการใช้ถุงยางอนามัย และ กลุ่มที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

2.1 กลุ่มที่หยุดการมีเพศสัมพันธ์

ในกลุ่มที่หยุดการมีเพศสัมพันธ์หลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี นั้น นับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ทั้งที่ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ยังไม่ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจากเดิม การหยุดมีเพศสัมพันธ์นี้ เพราะผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่าการที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี นับเป็นเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตเรื่องหนึ่ง และการตัดสินใจไม่มีเพศสัมพันธ์อีกเลยของผู้ให้ข้อมูลบางราย ทำให้เกิดการขัดแย้ง และมีปากเสียงกับสามี เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์นั้น โดยทั่วไปเป็นเรื่องที่มีความสำคัญของการใช้ชีวิตคู่ แต่การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเอดส์นี้ ในความคิดของผู้ให้ข้อมูลเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ เมื่อเป็นแล้วต้องเสียชีวิต การรับรู้เช่นนี้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสิ้นหวังในชีวิต ส่งผลให้ความต้องการในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง การหยุดการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลนี้ ดำเนินมาเป็นระยะเวลาหลายปี ผู้ให้ข้อมูลบางรายหาทางออกให้กับตนเองและสามี โดยยินยอมให้สามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการแทนการมีเพศสัมพันธ์กับตนเองถึงแม้ว่าจะมีอุปสรรคจากสามีบ้าง หรือความท้อแท้ในชีวิต แต่ผู้ให้ข้อมูลยังคงต้องการดำรงพฤติกรรมหยุดมีเพศสัมพันธ์เช่นนี้ให้คงอยู่ต่อไป

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายก็จะใช้วิธีการช่วยเหลือตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเลือกวิธีการนี้แทนการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเพราะความไม่พร้อมที่จะใช้ชีวิตร่วมกับใครอีก การสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองนี้เป็นถือว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ เพราะการกระทำเช่นนี้จะช่วยลดความกดดันของผู้หญิงได้โดยไม่ต้องมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย [15]

การมีพฤติกรรมที่หยุดมีเพศสัมพันธ์ดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นความสามารถของผู้หญิงที่มีทักษะตนเอง ที่เชื่อว่าสามารถควบคุมความรู้สึกของตนไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อ ในโรงพยาบาลที่ตนเองเข้ารับการรักษา ซึ่งเจ้าหน้าที่ทั้งของโครงการวิจัย และชมรมเหล่านี้ จะมีการจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการกระตุ้น และสนับสนุน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม ตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่จะนำมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในระยะยาวของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เพิ่มเติม ดังรายละเอียดจะกล่าวถึงต่อไป

2.2 กลุ่มที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์หากแต่มีการใช้ถุงยางอนามัย

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลยังมีเพศสัมพันธ์อยู่ไม่ว่าจะกับสามีหรือคนรักที่คิดเชื่อและไม่คิดเชื่อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่อีกฝ่าย ถึงแม้ว่าจะคิดเชื่อเอชไอวีแล้วก็ตาม การใช้ถุงยางอนามัยก็เพื่อไม่ให้มีการเพิ่มปริมาณและแลกเปลี่ยนเชื้อเอชไอวีให้กันและกัน รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลที่บอกสถานะการติดเชื้อมีคนรักจะมีการระมัดระวังในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นพิเศษ ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ว่าผู้ที่คิดเชื่อเอชไอวีควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น แต่เนื่องจากในชีวิตที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลแทบไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเลย ผู้ให้ข้อมูลบางรายจึงไม่ได้เริ่มใช้ถุงยางอนามัยทันที อาจเนื่องมาจากไม่เคยชิน หรือไม่ได้เตรียมพร้อม แต่ก็มีการค่อยๆ ปรับใช้มากขึ้น จนใช้ทุกครั้ง และถึงแม้ว่าจะมีบางรายไม่ได้เปลี่ยนมาใช้ถุงยางอนามัยทันที แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งตั้งแต่ครั้งแรกหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อ

ในผู้ให้ข้อมูลบางรายนั้นอาจมีอุปสรรคในการบังคับให้สามีหรือคนรักใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ แต่สุดท้ายผู้ให้ข้อมูลก็สามารถใช้ทักษะและความสามารถของตนเองในการต่อรองกับสามี โดยการไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์ด้วยหากไม่ใช้ถุงยางอนามัย แม้ว่าจะมีการทะเลาะเบาะแว้งกับสามีหรือคนรักในช่วงแรก สุดท้ายก็สามารถทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งนั้น สามารถอธิบายเพิ่มเติมในเรื่องของความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) ได้ว่า ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าตนเองจะสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อดังกล่าวเป็นการระบุความสามารถของผู้ให้ข้อมูลเอง การได้รับการยอมรับจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ามีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ส่วนความพอใจที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งนั้นเป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีผลต่อการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลที่จะกระทำพฤติกรรมของตนเอง หากผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีในระดับสูง และมีความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นในระดับสูงเช่นกัน จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนเองให้มีพฤติกรรม

สุขภาพทางเพศอย่างต่อเนื่อง ในทางตรงกันข้าม หากผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีได้ หรือไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลมีความคาดหวังว่าจะมีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำ ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ก็จะมีความมั่นใจที่จะไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมคือ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยแน่นอน

2.3 กลุ่มที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

จากผลการศึกษาพบว่า หากสามีหรือคนรักของผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี การที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลต่อความรู้สึกของฝ่ายชาย และมีผลต่อการใช้ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างมาก ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศได้มากนัก เพราะเกรงว่าจะเกิดความสงสัยระหว่างกันขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมักจะใช้ข้ออ้างที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์หรือพยายามใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้เหตุผลนี้อีกฝ่ายได้ทุกครั้ง เพราะมีวิธีการหลายอย่างในการป้องกันการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็น ยาคุมกำเนิด การทำหมัน การนับวันปลอดภัย การที่ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ นั้น มีความเกี่ยวข้องกับสามีของตนเองที่ไม่ค่อยยินยอมร่วมมือกัน และผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถต่อรองฝ่ายชายได้ทุกครั้ง

ยังพบว่ามีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ที่ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคนรักซึ่งไม่ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งผู้ชายก็ทราบว่าผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวี แต่ยังคงมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยต่อตัวเอง เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยของผู้ชายรายนี้นั้น เพราะมีความรู้สึกลัวว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้ความสุขทางเพศลดน้อยลง ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะกล่าวเตือนในเรื่องของการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีแล้วก็ตาม การที่ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ต้องยินยอมให้คนรักมีพฤติกรรมทางเพศตามความต้องการนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้รับสิทธิในเรื่องเพศเท่าที่ควร ตามคำประกาศสิทธิเรื่องเพศ [8] ซึ่งได้ระบุในเรื่องของสิทธิที่จะมีความพอใจและยินดีทางเพศ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และการที่ผู้หญิงจะต้องเป็นฝ่ายรองรับความต้องการทางเพศนั้น อาจเป็นผลมาจากการขัดเกลาทางสังคมระหว่างชายกับหญิง ที่เชื่อว่าผู้หญิงเป็นเพียงวัตถุทางเพศในการตอบสนองความต้องการของเพศชาย [19]

สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำทางเพศที่ผู้ชายมักจะมีอิทธิพลเหนือกว่าผู้หญิง [16] การที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม เป็นเพราะอุปสรรคในการพูดคุยเรื่องเพศ กับคนรัก ซึ่งการพูดคุยนี้เป็นพื้นฐานสำคัญในการต่อรอง

การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยกับบุคคลที่จะมีเพศสัมพันธ์ด้วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรายนี้ขาดทักษะในการพูดจาต่อรอง โน้มน้าวจิตใจ ที่จะให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย คือ ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ [15]

(3) พฤติกรรมการตรวจภายใน

ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีนั่นคือการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย และหากร่างกายโดนทำลายมาก ก็ยิ่งทำให้เกิดโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นในปัจจุบัน เพราะได้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสแล้ว แต่ในชีวิตของผู้ให้ข้อมูลช่วงหนึ่งนั้น หลายรายพบว่าเคยมีอาการไม่สบายที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ ได้แก่ โรคซิฟิลิส หนองใน เชื้อราในช่องคลอด เนื้องอกที่มดลูก โรคที่กล่าวมานี้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีอาการแล้วในปัจจุบัน เพราะได้รับการรักษามาแล้ว

หลังจากที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วยต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวข้อง และไม่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสที่จะเป็นโรคต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนปกติ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับสุขภาพร่างกายตนเองมากขึ้น มีการใส่ใจที่จะมาตรวจตามที่แพทย์สั่ง หรือคำแนะนำต่างๆ จากคนรู้จัก จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีการตรวจภายในเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูก และมีบางรายที่ต้องผ่าตัดมดลูกเนื่องจากพบความผิดปกติที่มดลูก ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีอุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่ค่อนข้างสูง [49] ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จึงมีความใส่ใจตนเองในเรื่องนี้เป็นพิเศษ และมีการตรวจภายในเพิ่มมากขึ้น การตรวจภายในเพื่อคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกนี้ เป็นส่วนประกอบหนึ่งของรูปแบบสุขภาพทางเพศ [15] ที่ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งการตรวจภายในนั้น นอกจากจะเป็นการตรวจเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังได้รับการตรวจอวัยวะเพศเพื่อประเมินภาวะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้ลดโอกาสเสี่ยงที่จะแพร่กระจายเชื้อโรค

ด้วยแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) [50] เป็นการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความ

เจ็บปวด และความอาย เป็นต้น องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ (1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อโรคนั้น (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (3) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าใช้จ่าย/อุปสรรค (4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ และ (5) ปัจจัยร่วม ดังจะอธิบายตามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพได้ดังนี้

(1) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อโรค

หลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ โดยเฉพาะในเรื่องการดูแลรักษาความสะอาด การที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญและใส่ใจกับความสะอาดค่อนข้างมากนั้น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องคอยป้องกันตนเองไม่ให้เกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกายตนเองอีก ซึ่งการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ให้ข้อมูลเป็นเรื่องที่ทำได้ง่าย ทำได้ด้วยตัวเอง ไม่มีอุปสรรคจากจากสามีมาเกี่ยวข้อง และทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกสบายใจ

นอกจากนั้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยง่ายกว่าคนปกติทั่วไป เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับภูมิคุ้มกัน หากผู้ให้ข้อมูลไม่ดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และอันตรายต่อชีวิต ผู้ให้ข้อมูลบางรายเคยเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เกิดโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อน ทุกข์ทรมานมากจนกระทั่งได้รับการรักษาและสุขภาพกลับมาแข็งแรงใหม่อีกครั้งหนึ่ง ประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอย่างถูกต้อง ผู้ให้ข้อมูลหลายรายจึงเริ่มมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงลดลง เพราะหากผู้ให้ข้อมูลไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรัก ซึ่งมีเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกัน จะทำให้ได้รับปริมาณเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นและระดับภูมิคุ้มกันถูกทำลายมากขึ้นด้วย ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้นในการที่จะเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันให้สูงเทียบเท่ากับคนปกติ ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าหากโรครุนแรงมากขึ้นจนกระทั่งมีอาการแสดงออกมาให้เห็นจะทำให้ยากลำบากในการใช้ชีวิตในสังคม อาจโดนรังเกียจได้ หรือส่งผลกระทบต่อการทำงานได้ พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงนั้น กล่าวได้ว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการและต้องการหลีกเลี่ยง

(2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

เนื่องจากอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความชัดเจนในเรื่องความเสี่ยงที่จะเกิดโรคติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วนั้น เมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า หากตนเองมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ จะยิ่งทำให้ตนเองนั้นมีโอกาสเกิดโรคติดเชื้ออื่นๆ เพิ่มขึ้น การที่มีระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำนั้น ยังมีผลต่อการรักษาโรคของผู้ให้ข้อมูลอีกด้วย เพราะถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีกาได้รับประทานยาต้านไวรัสแล้วก็ตาม แต่หากผู้ให้ข้อมูลไม่มีการป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม คือไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ปริมาณเชื้อเอชไอวีในร่างกายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีการทำลายภูมิคุ้มกันร่างกายมากขึ้นด้วย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องใช้ระยะเวลารักษานานมากขึ้น ในการที่จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายสูงขึ้นในระดับปกติ การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคหรือเชื้อเอชไอวีของผู้ให้ข้อมูล จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูล

(3) การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ และค่าใช้จ่าย/อุปสรรค

เมื่อผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้อันตรายหรือข้อเสียใดบ้างที่สามารถเกิดขึ้นได้กับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเห็นประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมว่าเป็นอย่างไร จะได้อะไรจากการเปลี่ยนแปลงนั้น สามารถเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและไม่ใช้ถุงยางอนามัย โดยผู้ให้ข้อมูลเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจ และเชื่อถือแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่มียุทธิต่อพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลายรายเข้าร่วมโครงการวิจัยซึ่งจะมีพยาบาลที่ดูแลอย่างใกล้ชิด สามารถให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา ความใส่ใจของเจ้าหน้าที่ในโครงการวิจัย ยังเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นประโยชน์ของการรับประทานยาต้านไวรัสและใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนั้นไม่ว่าจะเป็นศูนย์วิจัย ชุมชนผู้ติดเชื้อ โรงพยาบาล จะมีการสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยโดยการแจกฟรี และให้คำปรึกษา ผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อกลุ่มนี้ทุกรายเคยเข้ารับฟังการอบรมจากชุมชนผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การป้องกัน การติดต่อ และการดูแลสุขภาพร่างกายในเรื่องต่างๆ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับประโยชน์โดยตรง เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

(4) แรงจูงใจด้านสุขภาพ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลติดเชื่อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้นอย่างชัดเจน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรคเอดส์หรือเชื้อไวรัสเอชไอวีมากขึ้น ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าจะเกิดอะไรขึ้นต่อตนเองหากไม่สนใจในสุขภาพร่างกายของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื่อเพิ่มเติม หรือความรุนแรงของโรคที่จะตามมา หรือ ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ สิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจของผู้ให้ข้อมูลให้แสดงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีออกมา ได้แก่ การมีพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น มีการตรวจภายในค้นหาความผิดปกติอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น แรงสนับสนุนของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ในชมรมผู้ติดเชื่อ และฝ่ายต่างๆ ที่ดูแลผู้หญิงเหล่านี้ มีส่วนก่อให้เกิดแรงจูงใจด้านสุขภาพ ผู้หญิงจึงมีความสนใจและห่วงใยในสุขภาพร่างกายของตัวเอง ต้องการที่จะรักษาสุขภาพให้ยาวนาน หลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับตนเอง นอกจากแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่แล้ว แรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายโดยทั่วไป หรือสุขภาพทางเพศ ที่ดีขึ้น นั่นคือเพื่อนคนใกล้ชิดอันเป็นที่รักของผู้ให้ข้อมูล ที่เป็นแรงผลักดันให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อที่จะได้มีชีวิตยืนยาวอยู่ดูแลคนที่ตนเองรัก ได้แก่ ลูก สามี เป็นต้น

(5) ปัจจัยร่วม

ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น แต่มีผู้ให้ข้อมูล บางส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีได้ นั่นเป็นเพราะอุปสรรคบางอย่างที่เกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ อุปสรรคหรือตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลคือ สามีหรือคนรัก ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม กล่าวคือ สามีหรือคนรัก ไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือ อุปสรรคจากตัวของผู้ให้ข้อมูลเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้บอกให้สามีหรือคนรัก รับทราบสถานะการติดเชื่อเอชไอวีของตนเอง จึงทำให้ไม่มีเหตุผลในการชักจูงให้อีกฝ่ายใช้ถุงยางอนามัยได้ ความไม่กล้าบอกความจริงนี้จึงเป็นอุปสรรคของผู้ให้ข้อมูลรายนี้ หรือ ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลขาดความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล

การยอมรับและอยู่กับเชื้อเอชไอวี

การตรวจพบเชื้อเอชไอวีนั่น ไม่สามารถประเมินอาการเบื้องต้นได้ด้วยตนเองว่า เพิ่งได้รับเชื้อเอชไอวีมาหรือได้รับเชื้อเอชไอวีมานานแล้ว ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกรายไม่มีอาการเจ็บป่วยที่จะบอกว่าตนเองนั้นติดเชื้อเอชไอวี แต่เป็นเพราะว่าสามีหรือคนรักเป็นอยู่ก่อนและตนเองได้รับคำแนะนำให้มาตรวจหาเชื้อ หรือตรวจพบเมื่อผู้ให้ข้อมูลไปฝากครรภ์ หรือตรวจ เพราะต้องเข้ารับการผ่าตัดเป็นต้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความรู้สึกไม่คาดคิดมาก่อน นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตก็ว่าได้ ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความไม่สมดุลทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความวุ่น สับสน ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรง จนวางแผนทำร้ายตัวเอง หรือผู้ให้ข้อมูลบางรายความต้องการทางเพศลดน้อยลง ซึ่งก็พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชือก่อนหน้านี้บางรายมีพฤติกรรมกรรมมีการมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป บ้างก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามีอีกเลยหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ หรือหยุดมีเพศสัมพันธ์เป็นระยะเวลาหลายปีกว่าที่จะเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ใหม่อีกครั้ง ในระยะนี้มีผลต่อการทำงานของ ผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างมาก บางรายต้องออกจากการทำงาน เพราะความรู้สึกลาย และ ไม่สบายใจที่จะอยู่ร่วมกับคนในสังคมเดิม

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาเป็นระยะเวลานาน และได้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสแล้วเกือบทุกราย หลายรายมีการได้รับยาต้านไวรัสมาหลายสูตรเนื่องจากมีการพัฒนา ยาให้มีประสิทธิภาพขึ้นเรื่อยๆ แต่การรับประทานยาต้านไวรัสนั้นถึงแม้จะมีประโยชน์ แต่ผลข้างเคียงก็ตามมาด้วยเช่นกัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการรับประทานยาต้านไวรัส แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวนน้อยมากที่คิดว่าการเริ่มยาต้านไวรัสของเธอนั้นเร็วเกินไปซึ่งอาจเป็นเพราะ ได้รับผลข้างเคียงจากการเริ่มยาต้านไวรัส เมื่อผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่เข้ารับการรักษแล้ว ล้วนยอมรับว่าการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันนั้นดีกว่าการรับประทานยาสมุนไพร ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะติดเชื้อมาเป็นระยะเวลานานหลายปี แต่ผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติตนเองถูกต้อง ทำตามคำแนะนำของ แพทย์ตั้งแต่ติดเชื้อระยะแรก ก็ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ โดยการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ เพราะเข้าใจถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและคนรัก มีความระมัดระวังในเรื่องการติดเชื้อโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น มีการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ กล้าที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเพศมากขึ้น ปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย อาจมีเพียงไม่กี่รายที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก เพราะ ไม่สามารถที่จะควบคุม หรือตกลงกับคนรักให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้ อาจเป็นเพราะความรัก หรือภาวะพึ่งพาต่อสามีหรือคนรัก ทำให้ขาดอำนาจการต่อรองของผู้ให้ข้อมูล

การยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต และความสามารถในการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูล ให้ใช้ชีวิตร่วมกับโรคเอดส์หรือเชื้อเอชไอวีนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการเผชิญความเครียดและการปรับตัวกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (Coping process) ของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) [51] โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การปรับตัวทางอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งจะมุ่งควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานการณ์คับขัน และการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหา (problem-focused coping) ซึ่งจะเน้นหนักที่การทำอะไรลงไปบางอย่างเพื่อเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้า คนส่วนใหญ่ก็จะใช้วิธีการปรับตัวทั้งสองอย่างไปพร้อม ๆ กัน [52] ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ก็เช่นเดียวกัน มีการปรับตัวทั้ง 2 ประเภท ในภาวะที่แตกต่างกัน

1. การปรับตัวทางอารมณ์

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี จะมีการจัดการเกี่ยวกับอารมณ์ เพื่อบรรเทาความเครียด มีการระบายความเครียด ในรูปแบบต่างๆ กันไป เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เช่น การปลง การนอนหลับ การร้องไห้ การสวดมนต์ ซึ่งพบได้ในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ที่ร้องไห้เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ มีการเก็บตัวไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ให้เวลากับตัวเองในการเตรียมใจที่จะเผชิญและอยู่ร่วมกับโรคร้าย มีความพยายามในการดูแลรักษาสุขภาพตัวเอง รักษาความสะอาดเพื่อให้มีภาพพจน์ที่น่าพอใจของตัวเอง และมีความรู้สึกลึกกว่าตนเองนั้นยังมีความสามารถจัดการและควบคุมการเจ็บป่วยของตัวเองได้ ไม่ให้แสดงออกทางร่างกายว่ามีความผิดปกติ

ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้พยายามใช้ชีวิตกับครอบครัวให้มีความสุขดังเช่นที่ผ่านมา พยายามรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและคนรอบข้าง รวมทั้งมีการวางแผนไว้สำหรับอนาคตที่ไม่แน่นอน โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่มีลูกจะมีความห่วงใยและเป็นห่วงอนาคตของลูก เพราะการติดเชื้อเอชไอวีนี้นั้น ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงทำให้เกิดความไม่มั่นคงในการมีชีวิตอยู่ของผู้ให้ข้อมูล การวางแผนในการดำเนินชีวิตจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้สำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ ด้วยความเป็นห่วงของคนที่คุณเองรัก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามที่จะปฏิบัติตัวให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการเกิดโรคอื่นๆ เพื่อให้มีชีวิตอยู่ยาวนานที่สุดเพื่อคนที่ตนเองรัก นอกจากการดูแลตัวเองแล้วผู้ให้ข้อมูลยังต้องพยายามวางแผนชีวิตให้กับบุตรของตนเองอีกด้วย

2. การปรับตัวเพื่อแก้ปัญหา

เป็นการใช้สติปัญญาเข้ามาแก้ไขปัญหา โดยพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น ถึงแม้ว่าโรคเอดส์ จะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีก็มีการวางแผน มีการกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือหาข้อมูลด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีการปรึกษาปัญหากับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในชมรมผู้ติดเชื้อ เป็นต้น วิธีการจัดการปัญหาของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนี้ ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา และการแก้ไขปัญหานี้

2.1 การเผชิญหน้ากับปัญหาของผู้ให้ข้อมูลนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลเริ่มยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น เพราะการที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่สามารถกลับไปแก้ไขได้ ชีวิตจะต้องดำเนินต่อไป แต่ในช่วงนี้ผู้ให้ข้อมูลยังคงมีความวิตกกังวลใจอยู่ มีความรู้สึกหลายอย่าง เช่น ความรู้สึกโกรธทั้งต่อผู้อื่น ต่อตนเอง รู้สึกอาย ไม่มีสมาธิที่จะทำอะไร เก็บตัว ซึมเศร้า ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาการดังกล่าว

2.2 การแก้ไขปัญหานี้ เมื่อเหตุการณ์ร้ายแรงผ่านพ้นไประยะหนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีความรู้สึกฟื้นตัว ก็จะมีการเข้ารับการรักษา จัดการกับอาการของโรค หรือโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง มีการป้องกันไม่ให้อวัยวะเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล กระบวนการรักษาหรือวิธีการรักษาของโรคเอดส์ ซึ่งก็คือการรับประทานยาต้านไวรัสที่ต้องตรงต่อเวลา และสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา หรือลืมกินยา นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลจะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การตรวจภายในเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น รวมถึงการพยายามสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการและรักษาความสัมพันธ์นั้นให้คงไว้ โดยการเข้าร่วมอบรมเมื่อทางชมรมผู้ติดเชื้อจัดกิจกรรมขึ้น การสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน นับว่าเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี เพราะผู้ให้ข้อมูลบางรายโดนมองว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี กว่าที่จะมีกำลังใจสู้ในการดำเนินชีวิต ต้องใช้เวลานานพอสมควร การอยู่ร่วมในสังคมที่ไม่สามารถเปิดเผยตนเองได้นั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องหันหน้าเข้าหากลุ่มที่ติดเชื้อเหมือนกัน ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต การดูแลรักษาตนเองว่าเป็นอย่างไร แล้วให้คำปรึกษากันในกลุ่มถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถปรับตัวเองให้เข้ากับการเจ็บป่วยได้ค่อนข้างดี ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป หรือชีวิตการทำงาน อยู่ในสังคมของตัวเอง การติดเชื้อเอชไอวีนั่นทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีสังคมใหม่ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีลักษณะคล้ายกัน เพื่อลดความแตกแยกในความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนคนอื่นๆ คงปฏิเสธไม่ได้ว่าในสังคมปัจจุบันยังมีความกังวลที่ยังไม่เข้าใจเรื่องโรคเอดส์ หรือเชื้อเอชไอวี และยังไม่ยอมรับกับการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างสนิทใจ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีประสบการณ์ไม่ดีจากคนรอบข้าง รู้สึกว่าตนเองนั้นเป็นที่รังเกียจของบุคคลทั่วไป ถึงแม้ว่าจะมีคนจำนวนไม่น้อยเช่นกันที่เข้าใจผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ ดังนั้นผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีความเข้มแข็ง และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข

จะเห็นได้ว่าการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาสำหรับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีประโยชน์ต่อตัวผู้ให้ข้อมูลเองและทำให้มีสุขภาพดีกว่าการที่จะปรับตัวทางอารมณ์เพียงอย่างเดียว แต่เนื่องจากโรคเอดส์หรือการติดเชื้อเอชไอวีนี้ เป็นโรคที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและคนในสังคมค่อนข้างมาก จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลใช้ระยะเวลาในการปรับสภาพจิตใจให้ยอมรับกับโรค และถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะติดเชื้อมาแล้วเป็นระยะเวลาหลายปี แต่เมื่อมีการพูดคุยเกี่ยวกับโรค ผู้ให้ข้อมูลทุกรายยังคงมีความทุกข์และสะท้อนใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ดังนั้นการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงยังคงจำเป็นสำหรับผู้หญิงที่ติดเชื้อกลุ่มนี้อยู่

การให้ความหมายสุขภาพทางเพศของผู้หญิง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลถึงความหมายของสุขภาพทางเพศนั้นหมายความว่าอย่างไร ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายไว้หลากหลายทั้งที่ตรงและไม่ตรงกับความหมายที่แท้จริงของสุขภาพทางเพศตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ผู้ให้ข้อมูลหลายรายไม่เข้าใจมากนัก แต่ก็ได้ให้ความหมายไปในทางเดียวกันคือ “ภาวะที่ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ มีสุขอนามัยที่สะอาด การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปให้ผู้อื่น รวมทั้งการตรวจคัดกรองเพื่อหาโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ เมื่อนำความหมายที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลไปเปรียบเทียบกับความหมายขององค์การอนามัยโลก และประเทศไทยนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลจะมองถึงสุขภาพทางเพศทางด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่ในความหมายที่ขาดหายไปนั้น ได้แก่ เรื่องที่เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดที่ดี การยอมรับต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ปราศจากการถูกบังคับ และความรุนแรงทางเพศ ซึ่งความหมายที่แท้จริงจะรวมทั้งสุขภาพทางเพศ ทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ และสังคม การนำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศที่ต้องไปปฏิบัติจริงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงเรื่องของทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลที่มุ่งเน้นถึง สุขอนามัยภายนอก ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ได้นึกถึงสิทธิความพึงพอใจ การแสดงความคิดเห็น การเลือกปฏิบัติในเรื่องเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ สิ่งนี้เป็นความแตกต่างระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย ซึ่งผู้ชายมักจะแสดงความเป็นผู้นำ หรือแสดงความต้องการของตนเองเป็นส่วนใหญ่ ผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อมันี่บางรายไม่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ตามความต้องการของตนเอง

สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความหมายของสุขภาพทางเพศว่าต้องดูแลรักษาอวัยวะเพศให้สะอาดอยู่เสมอ ไม่เกิดโรคอื่นๆ จะมีพฤติกรรมสุขภาพดังที่กล่าวไว้ มีวิธีการรักษาความสะอาดที่พิเศษมากขึ้นกว่าเดิม และเมื่อมองในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายว่าเป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งก็คือการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความระมัดระวังเรื่องการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น และรวมไปถึงการป้องกันการดูแลสุขภาพป้องกันการเป็นโรคอื่นๆ ได้แก่ การตรวจภายในเพื่อหาภาวะเสี่ยงปากมดลูก หากผู้หญิงมีความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพทางเพศว่าเป็นอย่างไร จะทำให้ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางเพศไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริการ

ในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่มีคลินิกเฉพาะโรค ควรจัดบริการที่มุ่งเน้นกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อสามารถยอมรับ และปรับตัวให้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขมากที่สุด โดยเฉพาะการส่งเสริมในเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ ดังข้อเสนอแนะต่อไปนี้

1.1 สถานพยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อรวมทั้งคนในครอบครัวเข้าใจและเห็นความสำคัญในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ไอวี ที่สำคัญคือการแนะนำกลยุทธ์หรือวิธีการในการฝึกทักษะการต่อรองให้กับผู้หญิง เพื่อใช้กับคู่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่รักที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นมากขึ้น

1.2 มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ไม่ใช่เป็นเรื่องไกลตัวอย่างที่ผ่านมา

1.3 มีการจัดศูนย์ให้บริการสำหรับโรคเอดส์ให้มากขึ้น มีกลุ่มตัวแทนของชุมชนในการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี มีการดูแลภาวะจิตใจของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ติดตามการรักษาและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อบรรเทาความทุกข์ความกังวลที่เกิดขึ้น

1.4 จัดกิจกรรมการให้ความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครัวเรือนของผู้ป่วยให้มีความเข้าใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขมีความสบายใจมากขึ้น และเกิดการช่วยเหลือสนับสนุนกันในครอบครัว รวมทั้งให้สังคมได้เรียนรู้และเข้าใจ เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายอื่นๆ รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.5 ให้มีการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรส เพื่อให้เกิดการดูแล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

1.6 ปรับปรุงวิธีการติดตามการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้กำลังใจผู้ติดเชื้อในการดูแลตนเองและการอยู่ร่วมกับสังคม

2. ด้านการศึกษา

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีหลายรายไม่มีความรู้เรื่องเอชไอวี และการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งควรมีการปลูกฝังให้เยาวชนมีความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อเอชไอวีตั้งแต่วัยเรียน หรือช่วงวัยรุ่นดังนี้

2.1 สถาบันการศึกษาส่งเสริมการเรียนการสอนในระบบการศึกษาดังแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาจนถึงระดับที่สูงขึ้นให้มีความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษา ซึ่งต้องมีความเข้าใจถึงการป้องกันการเกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด สิทธิเรื่องเพศเพื่อให้ผู้หญิงสามารถแสดงความคิดเห็น กล่าวพูดเรื่องเพศ

ลดภาวะเอาเปรียบทางเพศ พร้อมทั้งค้นหาวิธีหรือโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้การสอนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาทักษะชีวิตของเด็กและเยาวชน

2.2 กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันในการให้ความรู้แก่สาธารณะเกี่ยวกับเอชไอวี นอกจากการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแล้วยังเพื่อลดภาวะรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ต้องหลบซ่อนเมื่อรับประทานยา ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้ต่อเนื่อง

3. การบริหาร

ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ มีความสำคัญในการส่งเสริมนโยบายสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้ครบทุกด้าน

3.1 ปรับนโยบายการบริหารและจัดแหล่งสนับสนุนทรัพยากรให้สอดคล้องกับการบริการ ให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวกและได้รับความร่วมมือในการรักษาให้ผู้ป่วยทุกคน

3.2 ควรสามารถเข้าถึงยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ยากจน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งหลาย

4. ด้านการวิจัย

การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค ของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดีของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี นั้นยังคงมีความจำเป็น เพื่อให้ได้วิธีที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังข้อเสนอแนะต่อไปนี้

4.1 ค้นหารูปแบบของการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4.2 ศึกษาในกลุ่มคู่สมรสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของกลุ่มสมรสที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.3 ทำการวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดหากิจกรรมส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ถูกต้องเหมาะสม

4.4 ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อหาแนวทางลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

SEXUAL HEALTH AMONG HIV POSITIVE WOMEN

นิตยา ชมเชย 4836280 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ผศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช, ประ.ด., ผศ.ดร.ลักขณา
เต็มศิริกุลชัย, ประ.ด., ผศ.ดร.วิณา เทียงธรรม, ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ตลอดจนประเทศชาติ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ติดเชื้อง่าย โอกาสได้ง่าย สมรรถภาพของร่างกายลดลง ทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจของชาติ จากรายงานสถานการณ์เอดส์ทั่วโลก โดย UNAIDS/WHO เมื่อปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกประมาณ 38.6 ล้านคน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปีเดียวกันนี้ ประมาณ 4.1 ล้านคน [1]

สำหรับประเทศไทยจากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อของสำนักงานระบาดวิทยาพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น [2] และสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ลงได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยเอดส์ชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเอดส์หญิงมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 – 2550 หากแต่พบว่าผู้ป่วยเอดส์ชายมีจำนวนลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยเอดส์หญิงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2542 – 2547 และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มภรรยาที่ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี [4]

ประเทศไทยได้พยายามอย่างต่อเนื่องในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ในบางโรงพยาบาลมีโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Mother-To-Child Transmission Plus) ที่ให้การดูแลผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงสามีและลูกของหญิงเหล่านี้เข้าร่วมโครงการ จากการติดตามผู้ป่วยที่มาตรวจที่คลินิกพบว่าร้อยละ 2.06 ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (6 รายจากผู้หญิงทั้งหมด 296 ราย) มีการตั้งครรภ์ซ้ำหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งหมายถึงการเพิ่มโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่สามีและบุตรในครรภ์ได้

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งชายและหญิงในกรุงเทพมหานคร ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย จำนวน 154 คน ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2550 เพื่อให้เห็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ชัดเจนยิ่งขึ้น พบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน คิดเป็น ร้อยละ 67.5 (104 คน) และในกลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยร้อยละ 17.3 (18 ราย) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์พบว่าเกี่ยวข้องกับขาดการรับรู้ถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรค รวมทั้งขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในอนาคต ทั้งกับตนเองและกับผู้ที่มิมีเพศสัมพันธ์ด้วย และจากการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกครอบครัวของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากมั่นใจว่าจะไม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 9.7 ต้องการมีบุตร ร้อยละ 7.8 สามีไม่ต้องการใช้ ร้อยละ 6.6 ลืมใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 5.2 ใช้ถุงยางอนามัยแล้วหมดความรู้สึกทางเพศ ร้อยละ 3.9 และถุงยางอนามัยไม่พอใช้ ร้อยละ 3.2 และผู้ป่วยที่เป็นสามีภรรยาที่มารักษาพร้อมกัน ยังมีการให้ข้อมูลกับแพทย์และพยาบาลในเรื่องกรรมมีเพศสัมพันธ์ไม่ตรงกัน ซึ่งทำให้เกิดผลอย่างมากต่อประสิทธิภาพในการให้สุศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และการศึกษาที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื่อนั้น สะท้อนให้เห็นถึงบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่สามารถเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ได้อย่างแท้จริง

นอกจากนั้นจากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี มีด้วยกันหลายรูปแบบ ทั้งศึกษาแบบกึ่งทดลองด้วยโปรแกรมสุศึกษาเพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันไม่ให้มีการติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น การสำรวจข้อมูลเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีรูปแบบการศึกษาวิจัยที่

เน้นในเรื่องการรักษา แต่การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิงที่จะเข้าใจสถานการณ์และบริบทเชิงลึกยังมีไม่มากนัก [5]

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการศึกษาเพื่อเข้าใจสถานการณ์ และความเป็นจริงเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจัง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่เชื่อมั่นว่า จะทำให้เข้าใจความเป็นจริงด้านพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การให้คำปรึกษาและแนะนำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นอย่างไร มีเงื่อนไข และให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังติดเชื้อ เอชไอวีจนถึงปัจจุบัน
2. เพื่ออธิบายเงื่อนไขของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่ออธิบายการให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยหญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีและมีความยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2551 เท่านั้น

รูปแบบการวิจัย

ใช้ระเบียบและวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative design) โดยใช้วิธีเก็บด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เข้าใจถึงสถานการณ์และความจริงตามทัศนะของผู้ถูกศึกษาในทุกมิติของกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและผู้ให้ข้อมูล

ประชากร

หญิงไทยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลที่จะต้องมาพบแพทย์ที่คลินิกภูมิคุ้มกัน ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ในคลินิกแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. หญิงไทยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2. มีเชื้อชาติไทย และสัญชาติไทย สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. ไม่มีความเจ็บป่วยทั้งทางกาย และทางจิตใจ อารมณ์ เช่น มีความเครียด, หดหู่, วิตกกังวล ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. สัมผัสใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยนี้โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตามนัดหมาย หรือผู้วิจัยไม่สามารถติดต่อผู้ให้ข้อมูล
2. มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ อารมณ์ ในระหว่างการเก็บข้อมูล จนไม่สามารถให้สัมภาษณ์ หรือพูดคุยได้
3. ต้องการออกจากการศึกษา

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีการคัดกรองผู้ให้ข้อมูลจำนวน 18 ราย แต่มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 ราย ที่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหิดลให้ดำเนินการวิจัย (เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2008-091) หลังจากนั้นผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรกที่คลินิก เพื่อขอความสมัครใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลและอธิบายรายละเอียดของการศึกษาวิจัย สำหรับการพบครั้งต่อไปนั้นจะเป็นสถานที่อื่นๆ โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้กำหนดเองตามความสะดวกและสบายใจของผู้ให้ข้อมูล นอกจากการเก็บข้อมูลโดยการเผชิญหน้าแล้ว ผู้วิจัยยังใช้วิธีการโทรศัพท์สัมภาษณ์ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถมาพบและยินดีให้ข้อมูลทางโทรศัพท์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวผู้วิจัยและการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ผู้วิจัยศึกษาด้วยตัวเองและทบทวนการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจระเบียบวิธีการปฏิบัติอย่างถูกต้องถึงหลักการเชิงทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทดลองฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และเตรียมความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยนี้
2. แนวทางสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Interview guideline) เตรียมแนวคำถามสำหรับใช้ในการสนทนา เพื่อช่วยให้ช่วยเตือนความจำในระหว่างการสัมภาษณ์ รวบรวมและคัดเลือกเนื้อหาประเด็นคำถามจากการรวบรวมข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประสบการณ์ข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ
3. เครื่องบันทึกเสียง ช่วยทำให้บันทึกข้อมูลได้รายละเอียดและครบถ้วน
4. การบันทึกข้อมูลสนาม (Field notes) เพื่อใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบและวิเคราะห์ เพื่อเตรียมประเด็นคำถามเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

การตรวจสอบความอึมตัว

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีการประเมินความอึมตัวของข้อมูล โดยการถามคำถามเดิมกับผู้ให้ข้อมูล แล้วดูว่าคำตอบที่ได้มานั้นเป็นอย่างไร มีข้อมูลเพิ่มเติมอีกหรือไม่ คำตอบที่ได้สามารถตอบวัตถุประสงค์ คำถามงานวิจัยได้ หรือผู้วิจัยซักถามจนไม่มีคำตอบใหม่ๆ และไม่มีข้อสงสัยใดๆ เกิดขึ้นอีก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยประยุกต์เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizzi (1987) [47] ซึ่งมีวิธีการดังนี้ คือ

ขั้นตอนที่ 1 อ่านทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่ได้พรรณาไว้โดยไม่มีการตีความ และอ่านซ้ำ ข้อมูลจะถูกนำมาอ่านซ้ำเพื่อให้ได้ภาพรวม โดยการถอดเทปบันทึกเสียง ซึ่งจะถอดชนิดคำต่อคำ

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์เนื้อหา และทำการกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความ เป็นแบบรหัสปิด คือ พิจารณาจากกรอบการศึกษาแล้วกำหนดรหัสด้วยคำสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลและเรียบเรียงข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ของตามรหัสที่กำหนดไว้ เนื่องจากรหัสที่ให้หลายรหัสมีความหมายที่สามารถจัดเป็นกลุ่มเดียวกันได้ ตามคำถามการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 ตีความหรือให้ความหมายประโยค ในลักษณะการถอดรหัสที่มีการตีความหมายสัญลักษณ์หรือปรากฏการณ์ที่แฝงเร้นด้วยโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมและโครงสร้างอำนาจอื่นๆ ซึ่งในการตีความ วิเคราะห์คำพูดประโยคต่อประโยคให้ได้ทิศทางของปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 ดึงสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อนำไปสรุปเป็นแนวคิดตามกระบวนการอุปนัย (analytical induction) ของการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้นามสมมุติของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิงที่ติดเชื้อ ซึ่งได้ผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 14 คน ทุกคนมีเชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.5 ปี อายุสูงสุด 50 ปี อายุน้อยสุด 33 ปี ส่วนใหญ่ติดเชื้อตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และทุกคนติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือสามี ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้จบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จนถึงระดับปริญญาตรี มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ปัจจุบันย้ายมาอยู่กรุงเทพฯ

การติดเชื้อมีชีวิตการทำงาน : ชีวิตการทำงานของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่าบางรายได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตการทำงาน มีภาวะขาดลาบากในการทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานคนอื่นๆ ในกรณีที่มิคนอื่นทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อต้องอดทนกับการแสดงความรังเกียจของเพื่อนร่วมงาน บางรายปกปิดสถานะการติดเชื้อของตนเอง รู้สึกไม่สบายใจที่จะทำงานต่อจนตัดสินใจลาออกเพื่อความสบายใจของเพื่อนร่วมงานหรือบางรายไม่ยอมเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเพราะกลัวการไม่ยอมรับจากสังคม จึงต้องย้ายที่ทำงานเพื่อหลบหนีสังคมเดิม

ชีวิตครอบครัว : ชีวิตครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ มีความหลากหลาย ตั้งแต่วัยเด็กจนเมื่อแยกมามีครอบครัวเป็นของตนเอง บางรายมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวพ่อแม่ในช่วงก่อนแต่งงานไม่อบอุ่น แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เติบโตมาในครอบครัวที่ไม่มีความแตกแยก อาจต่างกันในเรื่องของความสนิทสนมระหว่างสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น ซึ่งอย่างน้อยคนในครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหา ให้กำลังใจต่อสู้กับโรคร้าย ช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันพบว่าผู้ให้ข้อมูล 11 ราย มีสามีหรือคนรักมากกว่า 1 คน และสาเหตุของการเลิกกับสามี ได้แก่ สามีเจ้าชู้ สามีเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี สามีไม่มีความรับผิดชอบต่อชีวิตครอบครัว เป็นต้น

สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี: ก่อนการติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ไม่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน และไม่ใช่ผู้หญิงขายบริการทางเพศ แต่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับเชื้อเอชไอวีจากคนรักหรือสามีทั้งสิ้น ผู้ให้ข้อมูล 7 รายที่ติดเชื้อจากสามีคนแรก และหลังจากที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้มีคนอื่นรักใหม่อีก แต่ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย มีคนอื่นรักใหม่และมีเพศสัมพันธ์กัน ในจำนวนนี้มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่คนรักเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 3 รายมีเพศสัมพันธ์กับคนรักที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

การรักษาโรคของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี: ผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสแล้วจำนวน 13 ราย ส่วนอีก 1 รายนั้นยังมีระดับภูมิคุ้มกันที่สูง จึงไม่จำเป็นต้องเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสในขณะนี้ ยาต้านไวรัสที่ได้รับนั้นมาจากโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าของรัฐบาลไทยเป็นส่วนใหญ่ บางรายรับยาจากโครงการวิจัย หรือซื้อยาเองหากไม่ต้องการใช้สิทธิเบิกยาจากโรงพยาบาลใกล้บ้านตนเอง ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันแต่พบว่าในอดีตมีผู้ให้ข้อมูลบางรายเคยรักษาด้วยยาหม้อ ยาสมุนไพรมาก่อน จนกระทั่งอาการทรุดลงจึงได้รับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน

อุปสรรคของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง : การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ถูกต้องนั้นจะต้องทานยาตรงเวลา และทานสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ฤทธิ์ของยายับยั้งการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้ตลอดเวลา หากมีการขาดยาจะทำให้ระดับยาต้านไวรัสในกระแสเลือดลดน้อยลงเป็นผลให้เชื้อเอชไอวีเกิดการเจริญเติบโตขึ้นมาอีกครั้ง และหากเป็นเช่นนี้บ่อยๆ จะทำให้เกิดการดื้อยา ผู้ให้ข้อมูลบางรายยอมรับว่าเคยมีช่วงที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ต้องคอยเก็บยาและหลบซ่อนเมื่อต้องรับประทานยาเพื่อไม่ให้คนอื่นเห็น เลื่อนเวลารับประทานยาบ่อยครั้ง และบางครั้งไม่สามารถทานยาได้เลย จึงเป็นผลทำให้เกิดการดื้อยาในที่สุด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

แบ่งได้เป็น 2 ช่วงเวลา คือ การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี และหลังติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน ได้ข้อค้นพบดังนี้

2.1 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี

จากประวัติภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้พบว่า ในช่วงก่อนการติดเชื้อเอชไอวี เกือบทุกราย ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เลย บางรายไม่รู้จักร่างกายอนามัยคืออะไร และไม่ทราบว่าวิธีการใช้นั้นทำอย่างไร ซึ่งสะท้อนให้เห็นปัญหาของพฤติกรรม

สุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเป็น 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ (1) ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ (2) การดูแลรักษาความสะอาด (3) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (4) พฤติกรรมการตรวจภายใน (5) ขาดความใส่ใจหรือประมาทในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และ (6) ค่านิยมสังคมที่กำหนดความคิดของการมีเพศสัมพันธ์

2.1.1 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ : ก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลหลายคนไม่ได้ใส่ใจกับสุขภาพทางเพศของตนเองเท่าใดนัก มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ไม่ถูกต้อง การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลมีหลายเรื่อง ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1.2 การดูแลรักษาความสะอาด : สำหรับการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ก่อนที่จะทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มักไม่ได้มีการดูแลอะไรเป็นพิเศษ โดยจะมีการทำความสะอาดอวัยวะเพศโดยการล้างด้วยน้ำเปล่า หรือสบู่มืออาบน้ำ ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมดาของทุกคน รวมทั้งไม่ได้ใส่ใจดูแลรักษาความสะอาดเมื่อมีประจำเดือน

2.1.3 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ : พฤติกรรมการมีเพศของผู้หญิงกลุ่มนี้พบว่าไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยก่อนที่จะติดเชื้อ 12 ราย ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง 2 ราย จะใช้วิธีการรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นหลักเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ มีการใช้ถุงยางอนามัยบ้างแต่เป็นส่วนน้อย สำหรับเหตุผลไม่ใช้ถุงยางอนามัยเหล่านั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับถุงยางอนามัยที่ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยเท่าที่ควร นอกจากการขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแล้ว ยังประสบปัญหาเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือของคู่นอนอีกด้วย

2.1.4 พฤติกรรมการตรวจภายใน : การตรวจภายในเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางเพศทางหนึ่ง หากพบว่าเป็นก้อนเนื้อหรือมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น จะสามารถทำการรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลทุกรายที่มีเพศสัมพันธ์ควรที่จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ แต่สิ่งที่พบจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการตรวจภายในเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ มีเพียงผู้ให้ข้อมูลที่เคยตั้งครรภ์เท่านั้นที่เคยเข้ารับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก

2.1.5 ขาดความใส่ใจหรือประมาทในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ : ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพทางเพศบ้าง ทราบว่าการมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนเดียวจะปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ทราบว่าสามีหรือคนรักของตนนั้น เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นมาก่อนที่จะแต่งงานกับตน แต่ขาดความใส่ใจหรือประมาทในการใช้ชีวิต จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อจากสามีซึ่งเป็นผู้ชายคนแรกที่ทั้งคู่มีเพศสัมพันธ์

2.1.6 ค่านิยมสังคมที่กำหนดความคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ : การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นความคิดที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลานาน เพราะมีความเชื่อว่าเมื่อแต่งงานแล้วจะมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยาเพียงคนเดียว จึงไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย การที่ปฏิบัติเช่นนี้เรื่อยมาส่งผลให้กลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตคู่ ที่ยากต่อการเปลี่ยนแปลงให้หันมาใช้ถุงยางอนามัยระหว่างสามีภรรยา เช่นเดียวกับผู้หญิงบางรายที่คิดว่าเรื่องการติดเชื้อเป็นเรื่องไกลตัว และตนเองมีเพศสัมพันธ์กับสามีเท่านั้น จึงไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งเรื่องของการแสดงความคิดเห็น หรือความต้องการของผู้ให้ข้อมูลในบางเรื่อง เช่น เรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ผู้หญิงไม่กล้าแสดงออกมากนัก มักปล่อยให้ไปไปตามความต้องการของสามีหรือคนรัก

2.2 พฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังติดเชื้อจนถึงปัจจุบัน

การติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลค่อนข้างมาก ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 เรื่อง ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ (2) การดูแลรักษาความสะอาด (3) การมีเพศสัมพันธ์ และ (4) การตรวจภายใน ดังนี้

2.2.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ : หลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว เกือบทุกรายมีการพยายามที่จะศึกษาหาความรู้มากยิ่งขึ้นเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการดูแลรักษาสุขภาพทางเพศของตนเองให้แข็งแรงมากที่สุด จากบุคลากรทางการแพทย์ และศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ความรู้ที่เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ เป็นความรู้เกี่ยวกับการติดต่อของโรค และวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

2.2.2 การดูแลรักษาความสะอาด : พบว่า เกือบทุกรายมีการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศมากยิ่งขึ้น เนื่องจากได้ศึกษาหาความรู้เรื่องการติดต่อและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะทราบว่าโรคที่ตนเองเป็นอยู่นั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ตนเองจะต้องคอยดูแลรักษาสุขภาพตนเองไม่ให้เป็นโรคอื่นๆ เพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูล

จึงมีความระมัดระวังในเรื่องของการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศเป็นพิเศษ มีการใช้น้ำยาทำความสะอาดเฉพาะที่ซึ่งมีวางจำหน่ายอยู่ทั่วไป หรือล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศหลายครั้งจนตนเองรู้สึกสะอาดเพียงพอแล้ว

2.2.3 การมีเพศสัมพันธ์ : เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ การเลือกที่จะมีคนรักก็เปลี่ยนไป มีการระมัดระวังในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลบางรายเลือกที่จะมีคนรักใหม่ที่เป็นผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกับตน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์หลังติดเชื้อเอชไอวีสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ (1) หยุดการมีเพศสัมพันธ์ (2) มีเพศสัมพันธ์หากแต่มีการใช้ถุงยางอนามัย และ (3) มีเพศสัมพันธ์แต่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย

2.2.4 การตรวจภายใน : ในช่วงระยะก่อนติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลเข้ารับการตรวจภายในไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจภายในระยะตั้งครรภ์ หลังจากทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้ตรวจภายในอย่างต่อเนื่อง เพื่อคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก อาจมีเพียงไม่กี่รายที่ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ โดยให้เหตุผลว่าไม่กล้า อายแพทย์ ผลการตรวจครั้งแรกเป็นปกติ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ความหมายของสุขภาพทางเพศที่แตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะนึกถึงการดูแลร่างกายเป็นสำคัญ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายหลักๆ เป็น 2 ความหมายดังนี้คือ (1) การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ และ (2) การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ และไม่พบความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจในเรื่องเพศ การปราศจากการถูกบังคับ ความรุนแรงทางเพศ

3.1 การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ : เรื่องความสะอาดของอวัยวะเพศ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความคุ้นเคยว่าความสะอาดนั้น เป็นเรื่องของสุขอนามัยโดยทั่วไปของบุคคล ซึ่งทุกคนล้วนได้รับการอบรมตั้งแต่เด็ก จนถึงการเรียนรู้การสอนในโรงเรียน ว่าจะต้องรักษาความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อวัยวะเพศ เพื่อให้มีอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรค ดังนั้นสุขภาพทางเพศในความหมายของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะระมัดระวังเกี่ยวกับการดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศเมื่อขับถ่ายมากขึ้น รวมถึงการรักษาความสะอาดของชุดชั้นใน

3.2 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคเกี่ยวกับอวัยวะเพศ : นอกจากการรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศแล้ว ยังหมายถึงความใส่ใจการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลนึกถึงการตรวจสุขภาพพร้อมด้วย ระวังไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ หรือโรคที่

เกี่ยวกับอวัยวะเพศจะให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการติดเชื้อของผู้ให้ข้อมูลทุกรายเกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถป้องกันได้ ดังนั้น สุขภาพทางเพศด้านหนึ่งจึงเป็นเรื่องของการป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ การป้องกันในที่นี้เหล่านี้นี้กล่าวเหมือนกัน คือ การใช้ถุงยางอนามัย และการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 การยอมรับและอยู่กับเชื้อไวรัสเอชไอวี

หลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองติดเชื้อนั้น มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายในชีวิต เช่น การดำเนินชีวิต ความคิด พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากจะต้องใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลจะต้องมองอนาคตของคนในครอบครัวอีกด้วย ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเรื่องราวของตนเองด้วยความรู้สึกที่ยอมรับกับชีวิตที่ต้องเปลี่ยนไป อาจยอมรับได้มากขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนที่ไม่เท่ากัน ได้แก่ (1) กำลังใจจากครอบครัว (2) ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค (3) การสนับสนุนจากบุคคลากรทางการแพทย์ และ (4) แรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อตนเองและคนที่ตนรัก

4.1 กำลังใจจากครอบครัว : การติดเชื้อเอชไอวีนั้นมีผลกระทบกระเทือนจิตใจของผู้ป่วยทุกคน ซึ่งนับว่าเป็นภาวะเครียดอย่างรุนแรงเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลต้องพยายามปรับสภาพจิตใจให้คงที่ สามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้ กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขมากขึ้น ซึ่งกำลังใจนั้นสามารถสร้างได้จากตนเอง แต่กำลังใจที่สำคัญสำหรับผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ คือ กำลังใจจากครอบครัวหรือคนที่ตัวเองรัก ผู้ให้ข้อมูลที่มีครอบครัวที่เข้าใจและให้ความช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลพยายามดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงเพื่อที่จะมีชีวิตยาวนาน

4.2 ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของโรค : เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับการอบรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เพราะก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะติดเชื้อเอชไอวีนั้น มีความเชื่อว่าเมื่อเป็นโรคเอดส์แล้วจะต้องตาย แต่เมื่อมีความรู้มากขึ้น รู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้น สามารถรักษาได้ถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้เชื้อไวรัสนั้นหมดไปจากร่างกาย แต่ผู้ให้ข้อมูลสามารถมีชีวิตได้นานตามเท่าที่ผู้ให้ข้อมูลจะรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายสูงพอที่จะต่อต้านกับเชื้อโรคต่างๆ ได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงมีการปรับตัวที่จะมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีได้

4.3 การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ : การติดเชื้อเอชไอวียังเป็นโรคที่ยังไม่ได้รับการยอมรับกับสังคมมากนัก ดังนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลายรายไม่สามารถอยู่ในสังคมเดิมได้ ไม่สามารถเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด แต่เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้มีโอกาสเข้ารับการรักษามีโอกาสได้พูดคุยระบายความรู้สึกทุกข์ใจกับแพทย์ พยาบาล และได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ทางสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลจัดไว้รองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มนี้เกือบทุกรายเคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เล่าให้ฟังว่ามีเพื่อนเพิ่มขึ้น มีที่ปรึกษา มีความรู้เพิ่มขึ้น และความช่วยเหลือจากกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายมีโอกาสเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งมีแพทย์ และพยาบาลประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลสามารถติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจกับบุคลากรทางการแพทย์มากยิ่งขึ้น

4.4 แรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพื่อตนเองและคนที่รัก : การที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถยอมรับและมีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้นนอกจากแรงสนับสนุนข้างต้นแล้ว แรงจูงใจของผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับการรักษาคูแลใส่ใจตัวตนเองนั้น ก็เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงของตนเองให้มีชีวิตที่ยาวนาน และมีชีวิตอยู่ดูแลคนที่ตัวเองรัก หรือคนสำคัญในชีวิต ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลูกแล้ว จะให้คำตอบของการมีชีวิตอยู่เพื่อใครนั้น คือลูก แต่ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลรายที่ไม่มีลูก ก็เห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่เพื่อคนในครอบครัว

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศนั้นสามารถอภิปรายได้เป็น 2 ประเด็น คือ ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

1. ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา การรับรู้ต่อความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคนั้นลดลง รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสู่ผู้ให้ข้อมูลหรือประชาชนโดยทั่วไปยังไม่เพียงพอ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการโรคเอดส์ค่อนข้างน้อย มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เพียงด้านเดียว คือ ต้องเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อเอชไอวี แสดงอาการออกทางร่างกาย ผิวหนังเป็นหลัก นอกจากนั้นยังมีปัญหาในเรื่องสิทธิทางเพศและความเหลื่อมล้ำทางเพศระหว่างหญิงกับชาย ของการไม่เข้าใจสิทธิเรื่องเพศ และจะปล่อยให้ฝ่ายชายมีบทบาทในการกำหนดควบคุมสถานการณ์

ความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ จึงทำให้ผู้หญิงแสดงพฤติกรรมที่ดีหรือไม่ดี การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและต่อเนื่องมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลและป้องกันมิให้เป็นโรค ส่วนกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่ดี จะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรคได้

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

การเปลี่ยนแปลงนี้มีหลายรูปแบบซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ (1) การดูแลรักษาความสะอาด (2) พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ และ (3) พฤติกรรมการตรวจภายใน

2.1 การดูแลรักษาความสะอาด : ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความกังวลเกี่ยวกับความสะอาดของอวัยวะเพศซึ่งเป็นช่องทางที่ผู้ให้ข้อมูลติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มรายละเอียดในการดูแลอวัยวะเพศมากขึ้น ถึงแม้จะทราบดีว่าการทำเช่นนี้ไม่ได้ช่วยให้โรคที่เป็นอยู่หายไป เพื่อลดความกังวลใจในการแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่น หรือสัมผัสกับสิ่งสกปรกจากผู้อื่น

2.2 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์: ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เพราะมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น มีความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีทักษะการโน้มน้าวจิตใจสามีหรือคนรักให้มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคจากการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่ยังมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยนั้นมีความเกี่ยวข้องกับอำนาจการต่อรอง และทักษะการโน้มน้าวจิตใจ

2.3 พฤติกรรมการตรวจภายใน : ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการตรวจภายในเพื่อค้นหาหะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และกลัวโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นจึงหันมาสนใจสุขภาพร่างกายตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อป้องกันโรคอื่นๆ

การยอมรับและอยู่กับเชื้อเอชไอวี

การเผชิญความเครียดต่อการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลนั้นมีความยากลำบาก แต่ก็สามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตของชีวิตได้โดยการปรับตัวทางอารมณ์ และปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ในแต่ละขั้นตอนของการปรับตัวของผู้ให้ข้อมูลนี้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และจากตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง เพราะการติดเชื้อเอชไอวีมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจอย่างมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านการบริการ: สถานพยาบาลควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในเรื่องโรคเอดส์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ การดูแลตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อ ต่อผู้ติดเชื้อ ครอบครัว หรือบุคคลทั่วไป ฝึกทักษะการต่อรองให้กับผู้หญิง มีการจัดศูนย์ให้บริการสำหรับโรคเอดส์ให้มากขึ้น และส่งเสริมให้มีการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มสมรส เพื่อให้เกิดการดูแล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

2. ด้านการศึกษา: สถาบันการศึกษาส่งเสริมการเรียนการสอนในระบบการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาตอนปลายและมัธยมศึกษาจนถึงระดับที่สูงขึ้นให้มีความรู้ครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาอย่างครอบคลุมทุกด้าน นอกจากนั้น กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันในการให้ความรู้แก่สาธารณะ เกี่ยวกับเอชไอวีมากขึ้น

3. การบริหาร: ผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ มีความสำคัญในการส่งเสริมนโยบายสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ครบทุกด้าน สามารถเข้าถึงยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ยากจน กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทั้งหลาย

4. ด้านการวิจัย: ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินรูปแบบของการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม ตรงกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาในกลุ่มกลุ่มสมรสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อหาปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ

SEXUAL HEALTH AMONG HIV POSITIVE WOMEN

NITIYA CHOMCHEY 4836108 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : MONDHA KENGGANPANICH, Ph.D.,
LUKKHANA TEMSIRIKULCHAI, Ph.D., WEENA THAINGTHAM, D.N.Sc.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

AIDS is a sexually transmitted disease which is one of the important problems of the public health system. This disease has impact on the patient, family, society and the country as well because this disease destroys the body's immune system so the patient can get any opportunistic infections easily and physical fitness will also decrease. This situation causes the wastage of human resources and the country's economics. According to the 2005 UNAIDS/WHO Report on the Global AIDS Epidemic, there were about 38.6 million HIV/AIDS patients worldwide and there were about 4.1 million new cases of HIV infection in the same year [1].

In Thailand the data from the Report of HIV/AIDS Situation of the Epidemiology Bureau showed that there was a trend of decreasing number of AIDS patients and those who died of AIDS comparing to the past statistics. This was due to the use of antiretroviral treatment which helped prolong patients' lives and resulted in better quality of life [2] and decreasing number of new HIV-infected cases. Although the number of men with AIDS has been higher than women during 1999-2007, the number of men with AIDS has decreased continuously while the number of women

with AIDS has increased during 1999-2004. It was found that HIV infection was spread among the group of wives who got the infection from their husbands [4].

Thailand has put continuous efforts to control and prevent HIV infection by increasing the number of hospitals and health services that can provide care for HIV-infected patients. Some hospitals also implement the Mother – To – Child Transmission Plus Program where care was provided for HIV-infected women along with their husbands and children. Among 296 HIV-infected women followed at the clinic, 2.06 percent (6 cases) had recurrent pregnancy after knowing their HIV status. This finding indicated the increased possibility of HIV transmission to their husbands and babies.

The survey was made by the researcher, during March to April 2007, with 154 HIV-infected men and women in Bangkok using the questionnaire which asked about sexual behavior and condom use. The survey aimed to get a clearer picture of problems related to sexual health behavior of HIV infected patients. It was found that 67.5 percent (104 cases) of the sampled group currently had sexual intercourse and 17.3 percent of these (18 cases) only used condom sometimes or never used condom. Reasons for not always using condom while having sexual intercourse included the lack of awareness about disease severity, risks of increasing disease severity and future health consequences of themselves and their sex partners. From the sexual behavior and condom use data among HIV-infected patients in the Family Clinic of one hospital, reasons for not using condom when having sexual intercourse included the confidence that they will not get HIV infection (9.7%); wanting to have a baby (7.8%); husbands did not want to use (6.6%); forgetting to use (5.2%); condom use caused impotence (3.9%); and shortage of condom (3.2%). In addition, couples coming together for services provided inconsistent information to doctors and nurses regarding their sexual behavior. This could hugely affect the effectiveness of health education and the modification of sexual health behavior. The finding that some HIV-infected patients continued to practice risky behaviors reflected the challenges for health care personnel in truly getting access to these HIV-infected patients.

Furthermore, from the literature review, there are a variety of research designs for studies related to HIV infection. These include a quasi-experimental design using a health education program to develop awareness of harms from getting HIV infection and of secondary HIV prevention and a survey to assess various risk factors. It was found that most of the researches carried out among HIV-infected patients focused more on treatment. There is a very limited number of qualitative studies using in-depth interviews to explore the situation and the contexts among HIV risk groups, particularly in women [5].

The researcher, as public health personnel who works with HIV-infected patients, realizes the importance and the necessity to seriously conduct a study aiming to understand the situation and the facts about sexual health behavior of HIV-infected women. Therefore, qualitative research was chosen method with the confidence that this method would help us to truly understand the facts about sexual health behavior of HIV-infected patients which can be used to increase effectiveness of behavioral modification counseling.

Research Questions

What are the sexual health behaviors of HIV-infected women? What are the conditions and conceptions of sexual health behaviors perceived by HIV-infected women?

Research Objectives

1. To study sexual health behavior of HIV-infected women, before and after getting HIV infection up to the present time.
2. To explain the conditions of performing sexual health behavior among HIV-infected women.
3. To explain the conceptions of sexual health behaviors of HIV-infected women.

Scope of the Research

This study was carried out among a group of HIV-infected women in a health center located in Bangkok. These women were diagnosed with HIV infection and voluntarily participated in this study during July, 2007-March, 2008.

Research Design

The descriptive qualitative design was used to carry out this research project. The data were collected through the use of in-depth interview with the aim to get in-depth understanding in every dimension of the situation and truth perceived by the target group.

Population and Informants

Population

The study population was Thai women who attended the HIV Clinic in Bangkok. They were diagnosed as having HIV infection and were taking antiretroviral treatment.

Inclusion Criteria for study population

1. Thai women who were diagnosed as having HIV infection and received treatment at a clinic in Bangkok
2. Thai race and nationality, able to speak, listen, read, and write Thai
3. Did not have any physical, mental or emotional illnesses, for example, stress, depression, anxiety, which might be the obstacles of participating in the study
4. Willing to participate in the study and signed the informed consent form

Exclusion Criteria

1. Study volunteer could not come according to the appointment or the researcher could not contact the informant
2. Had physical, mental and emotional illnesses during data collection which resulted in the inability to be interviewed or talk
3. Would like to withdraw from the study

There were 18 volunteers screened in this study and there were 14 volunteers who could join the whole research project.

Data Collection

The researcher submitted the official letter of Mahidol University to the Director of the hospital to get the permission to collect data. After the permission was granted and the approval of the research project was made by the Ethics Committee on Research in Human Subjects, Mahidol University (Document Number MUPH 2008-091), the researcher firstly approached the volunteers in the clinic in order to ask for her willingness to join the study. The volunteers determined the place for the next visits by herself according to her convenience and comfort. Besides the face-to-face data collection used, the researcher also used telephone interview for those who could not come to meet with the researcher but were willing to give the information on the telephone.

Research Tools

1. The Researcher and Readiness Preparation: The researcher performed self-study and made literature reviews about qualitative research in order to understand correct research procedures and theoretical principles of the qualitative research. The researcher practiced in-depth interview to collect data and gained knowledge in various aspects related to this research project.

2. Interview Guideline: The question guide was developed to help to remind the researcher during the interview. Collection and selection of important interviewing issues were made by information gained from literature review and expert advices.

3. Tape-Recorder: Tape-recorder was used to obtain detailed and complete data.

4. Filed Notes: Field notes were used for data checking and analysis as well as for the preparation of additional issues to be used in the next interview.

Checking for the Saturation of the Information

The saturation point of the information collected from the in-depth interview was assessed by asking the volunteer the same question and checking whether or not the additional points had been made from those answers. If the information gathered from the interview met the research objectives and research questions, no additional information from the volunteer was expressed, and no question or confusions were raised, this meant that the information was saturated.

Data Analysis

The data of this qualitative research were analyzed by adapting the data analysis technique developed by Colaizzi (1987) [47], as follows:

Step 1: Getting the whole picture of the descriptive information through reading with no interpretation and then repeated reading again in order to get the complete picture of the information. The recorded information was transcribed word-by-word.

Step 2: Analyzing the contents and giving closed-coding for the meaning of the context by considering the research conceptual framework and then making the codes by using the key words.

Step 3: Checking the completeness of the data and grouping the data in accordance with the codes set. There were many codes whereby their conceptions could be grouped in accordance with the research questions.

Step 4: Interpreting or giving the meanings of the sentences in the form of decoding by interpreting the meanings of the symbols or events that were hidden by social and cultural structures as well as other power structures. In the interpretation procedures, each sentence of the data was analyzed in accordance with the research questions.

Step 5: Selecting important issues in accordance with the research objectives in order to lead to the conclusions through analytical induction of the qualitative research.

Study Results

This qualitative research study aimed to describe sexual health behaviors of HIV-infected women. The alias names of the volunteers were used instead of the real names in order to protect the rights and dignity of the HIV-infected women who participated. The research results were as follows:

Part 1 Background of the Informants

The nationality of the 14 HIV-infected women who provided information was Thai and all of them were Buddhists. Mean age was 42.5 years (ranged 33-50 years). Most of them have had HIV infection for 10 years or more and all of them contracted HIV infection from having sexual intercourse with their lovers or husbands. The educational level of these volunteers ranged from grade 4 to Bachelor degree and their domicile was in up-country but they have moved to reside in Bangkok.

Having HIV Infection and Working Life: It was found that some of the volunteers indicated that having HIV infection affected their work, their working life has been changed and they felt uncomfortable working with other co-workers. When other workers know about their HIV infection, they have to tolerate

with the disgusting behaviors that their co-workers expressed toward them. Some of them tried to conceal their HIV status and were unhappy at work so they decided to quit their jobs in order to make their co-workers feel happy. Some of them hid their HIV status because they were afraid that it would be unacceptable to the society and they changed their jobs in order to get away from the current society.

Family Life: The volunteers mentioned a variety of their family lives starting from their childhood to the time they have their own families. Some of them said that they did not have a very good relationship with their parents before getting married. Most of the volunteers were nurtured in unbroken families but the closeness among family members may be different. The family members were mostly involved in listening to the problem and giving psychological support to fight with this serious disease. Eleven volunteers reported more than 1 lifetime husbands/lovers. Reasons for the separation from their husbands include husbands flirted with other women, husbands died of HIV infection, husbands were not responsible for the family, etc.

Causes of Get HIV Infection: Before knowing their HIV status, none of the volunteers had multiple sex partners and none were commercial sex workers. All got HIV infection from their lovers or husbands. Seven of them got HIV infection from their first husbands. The majority of the volunteers did not have new relationship with any man after knowing their HIV status. However, 5 of them had new relationship with male partners whom they had sexual intercourse with. Among the male partners of these 5 women, 2 had HIV infection and 3 did not have HIV infection.

Treatment Received by HIV-infected women: There were 13 volunteers who already started antiretroviral treatment and 1 case had not yet started antiretroviral treatment due to high immunity level. The antiretroviral drugs were mostly supported by the National Health Security Office program from Thai Government while some were supported through research projects or by self-paid if they did not want to receive free treatment from the nearby hospitals. Although the volunteers currently received care under modern conditions, some used traditional medicine in the past but turned to modern medicine when the disease got worse.

Obstacles of Drug Adherence: The correct way to take antiretroviral drug is to take it punctually and continuously in order to always suppress HIV replication. Missed dose will lower drug level in blood and result in the replication of HIV. Frequent missed dose will lead to drug resistance. Some volunteers accepted that they sometimes had poor adherence because they had to hide to take their drugs so sometimes they did not take drugs punctually and sometimes they did not take them at all. These situations finally led to drug resistance.

Part 2 Sexual Health Behaviors of HIV-Infected Women

The data analysis was divided into 2 periods, before knowing HIV status and after knowing HIV status up to the present time. The findings were presented as follows:

2.1 Sexual Health Behavior before Knowing HIV Status

It was found from the past history of the volunteers that these women rarely used condoms while having sexual intercourse before knowing their HIV status. Some of them did not know what condom is and how to use it. This finding reflected 6 principal problems in regard to sexual health behaviors before knowing HIV status. These include: 1) lack of knowledge about sexual health behaviors; 2) sanitary care; 3) sexual relation behaviors; 4) pelvic examination; 5) lack of attention or carelessness of sexual health behaviors; and 6) social values that determine opinions about sexual intercourse.

2.1.1 Lack of Knowledge about Sexual Health Behaviors:

Most of the volunteers did not pay any attention to their own sexual health and they practiced improper sexual health behavior before knowing their HIV status. The volunteers did not have knowledge about condom use, contraception and sexually transmitted diseases.

2.1.2 Sanitary Care: Before knowing their HIV status, the majority of the volunteers did not do any special sanitary care. They have just cleansed their genitalia with plain water or soap while taking a bath. This cleansing

method seemed to be the ordinary procedure practiced by everybody. They also did not pay special attention to sanitary care during menstruation.

2.1.3 Sexual Relation Behaviors: Before knowing their HIV status, 12 volunteers never used condoms during sexual intercourse while 2 volunteers used condoms sometimes. In order to prevent pregnancy, they usually took oral contraceptive pills while only a few used condoms. The main reason for never using condoms was inadequate knowledge about condom use which resulted in not paying enough attention in using condoms. Besides the lack of safe sex knowledge, they also faced the lack of cooperation from their partners.

2.1.4 Pelvic Examination: Pelvic examination is considered one of the sexual health behaviors. Early stage of tumor or cervical cancer can be cured. Therefore, all of the volunteers who had sexual intercourse should have regular screening for cervical cancer. However, the majority of the volunteers never had screening test for cervical cancers or other sexually transmitted diseases. Only those women who were previously pregnant ever had cervical cancer screening.

2.1.5 Lack of Attention or Carelessness of Sexual Health Behaviors: Some of the volunteers had some knowledge about sexual health care. They knew that having sexual intercourse only with their own husbands will make them safe from having HIV infection. However, although they realized that their husbands / lovers had sexual intercourse with other women before they got married they did not pay attention or were careless of marriage life skills. This resulted in these women getting HIV infection from their husbands who were the first men they had sexual relation with.

2.1.6 Social Values that Determined Opinions About Sexual Intercourse: Not using condom during sexual intercourse among married couples was an opinion that have been cultivated for quite a long time due to the belief that this is a monogamous relationship. This opinion has put into practice for many years and turned to be the living pattern of marriage life which is difficult to change. Some women thought that they could never get HIV infection since they have sexual intercourse only with their husbands and so they did not use condom. The freedom to express opinions or needs regarding sexual intercourse was another social

value concern. Women generally did not feel comfortable expressing their opinions and they would just leave the decision to their husbands or lovers.

2.2 Sexual Health Behaviors after Knowing HIV Status

Having HIV infection had quite a lot of effects on sexual health behaviors of the volunteers. These can be grouped into 4 aspects: 1) knowledge about sexual health; 2) sanitary care; 3) sexual intercourse; and 4) pelvic examination.

2.2.1 Knowledge about Sexual Health: After knowing HIV status, most volunteers seek for additional information about AIDS and how to take best care of their sexual health from health care personnel as well as through self-study. The volunteers gained additional knowledge in regard to disease transmission and prevention of the spread of HIV.

2.2.2 Sanitary Care: It was found that almost all of the volunteers took more sanitary care of the genitalia than before after studying about HIV transmission and spread. They knew that HIV cannot be cured and they have to take good care of themselves in order to prevent other diseases. Therefore, they practiced special sanitary care of the genitalia. They used cleansing solution in the market to cleanse the genitalia or cleansed their genitalia many times until they were sure that it was clean.

2.2.3 Sexual Intercourse: After knowing their HIV status, thoughts about having male partners changed. They were more careful about having sexual intercourse. Some volunteers chose to have the new partners who also had HIV infection as well as decreasing the frequency of having sexual intercourse. There were 3 types of the changed sexual relation behaviors which include: 1) abstinence; 2) having sexual intercourse with condom and 3) having sexual intercourse but without using condom.

2.2.4 Pelvic examination. Before knowing HIV status, the volunteers did not have pelvic examination regularly, mostly done during pregnancy. Whereas after knowing HIV status they were suggested by physicians to have pelvic examinations regularly in order to screen for cervical cancer. Few cases might not

follow the recommendation due to the reasons that they were afraid to do so, they were shy of physicians, the first pelvic examination was normal, etc.

Part 3 The Conceptions of Sexual Health Behavior

HIV-infected women gave a variety of the conceptions of sexual health and most of them thought about this as physical care of the body. Two main conceptions were found as follows: 1) sanitary care of the genitalia and 2) prevention of diseases of the genitalia. None of the conceptions given relate to sexual satisfaction, lack of coerciveness or sexual violence.

3.1 Sanitary Care of the Genitalia: The cleanliness of genitalia has been commonly perceived as personal hygiene. Everybody has been taught since childhood and in schools to have good hygiene especially of the genitalia to have good health and to protect ones from getting diseases. Therefore, the volunteers described the meaning of ‘sexual health’ mostly in relation to more sanitary care of genitalia after urination and cleansing of underwear.

3.2 Prevention of Diseases of the Genitalia: Another conception perceived besides sanitary care of the genitalia was ‘attention to make a healthy body’ which included ‘physical check-up’, and prevention of various opportunistic infections or diseases of the genitalia, in particular, sexually transmitted diseases. As all volunteers got HIV infection from sexual intercourse which seemed preventable, they felt that one aspect of sexual health was the prevention of various sexually transmitted diseases. The prevention measures indicated were the use of condoms and cervical cancer screening.

Part 4 Acceptance of and Living with HIV

There were many changes occurred in the lives of HIV-infected women after being informed of their HIV status, for example, lifestyles, thoughts, physical and mental health behaviors, etc. The volunteers not only paid more attention in taking care of themselves but they also looked into the future of their family members. The volunteers told their stories with the feelings of accepting the changes occurred in their lives. However, the degrees of acceptance varied with different

supportive factors which included 1) psychological support from family; 2) knowledge and understanding about the disease; 3) supports from medical personnel; and 4) motive to survive for themselves and their beloved ones.

4.1 Psychological Support from Family: Having HIV infection created many psychological impacts of every HIV-infected person. They had severe stress after being informed of their HIV status. They have to adjust their psychological status to be stable and to be able to cope with stress. Psychological support is very important for helping the HIV-infected women to live happier lives. These women can develop psychological support by themselves but the most important psychological support is the one provided by their families or their beloved ones. Volunteers with understanding and supportive families will try to take good care of themselves for their long lives.

4.2 Knowledge and Understanding about the Disease: Volunteers gained information of how to take care of their physical health after being educated about the disease. Before knowing their HIV status, they believed that AIDS patients must die. However, they now learned that HIV infection can be treated although we can not get rid of all HIV from the body. People with HIV infection can live their life long as far as they take antiretroviral drugs which help increase the body's immunity to fight against various organisms. The volunteers have adjusted themselves to live with HIV.

4.3 Supports from Medical Personnel: Because HIV infection is still an unacceptable disease in the society, many volunteers experienced stress due to the inability to live in the society and to disclose their HIV status. However, after accessing treatment and care, they had a chance to express their feelings and suffering to doctors and nurses and to participate in group activities organized by health facilities for HIV-infected patients. Almost all of the informants have participated in group activities, they mentioned that they had more friends, had counselors, gained more knowledge, and received assistance from the peer group. Many informants have participated in some research projects where they could contact particular doctor, nurse or study staff at any time. They acquainted themselves with the health care personnel and gained more trust in them.

4.4 Motive to Survive for Themselves and Their Beloved Ones:

Besides the above mentioned supports for the volunteers to accept and live with HIV, the motivation for the volunteers to get access to treatment and care was to gain healthy long lives to be able to take care of their beloved or important ones. Those who had children mentioned that they lived for their children. For those who did not have children, they also realized the importance of living their lives for their family members.

Discussion

Two aspects of sexual health behavior could be discussed, ‘knowledge and understanding about sexual health behaviors’ and ‘the change of sexual health behaviors’.

1. Knowledge and understanding About Sexual Health Behavior

Sexual health behaviors of the volunteers was found to be related to educational level, low perception of disease susceptibility and inadequate information dissemination to the volunteers and the general public. Volunteers had limited information about AIDS and thought that people with HIV would die and have disgusting skin lesions. In addition, inadequate understanding of sexual rights and gender inequality were also factors affecting sexual health behaviors as men were allowed to play roles in controlling the situation.

Knowledge and understanding about sexual health behaviors of women affected both desirable and undesirable behaviors. Receiving correct and continuous information was important for uninfected people to help them to take care themselves and prevent the disease. For HIV-infected women, gaining correct information about good sexual health behavior will help them to stay healthy, be free of opportunistic diseases, as well as will decrease disease severity.

2. The Change of Sexual Health Behaviors

The varieties of changes were found which could be grouped into 3 topics; 1) sanitary care of the genitalia; 2) sexual behavior; and 3) pelvic examination.

2.1 Sanitary Care of the Genitalia: Most of the volunteers were worried about the cleanliness of the genitalia as this was the route of their HIV infection. They gave more details in the care of the genitalia. Although they realized that this practice did not cure the disease but it lessened their worries about spreading HIV to others or contacting unclean substances from others.

2.2 Sexual Behaviors: Changes of the volunteers' sexual behaviors happened in a good way. This was due to the better knowledge and understanding, the ability to control themselves and the better skills in persuading their husbands or lovers to practice safe sex in order to prevent disease severity of having secondary HIV infection. This finding was in agreement with the concept of Health Belief Model. However, some volunteers still had sex without condoms which was related to poor negotiation power and persuasion skills.

2.3 Pelvic Examination: Most volunteers had more pelvic examination for cervical cancer screening. This was due to the worries about their illness and the fear of getting opportunistic diseases. They, therefore, tended to take good care of their health according to physician's recommendations in order to prevent other diseases.

Acceptance of and Living with HIV Infection

Coping with stress caused by the volunteers' illness was found to be difficult. However, they could pass through the critical situation of their lives by making emotional adjustment as well as coping with the problems occurred. In every step of adjustment, the volunteers received supports from their families, health care personnel and themselves. These supports need to be promoted continuously because having HIV infection affects a lot on psychological condition.

Recommendations

Four aspects of recommendations are presented as follows:

1. Services: Health service center should provide HIV/AIDS educational sessions to HIV-infected people, their families and general public. The topics should include ways to prevent HIV transmission and sexually transmitted diseases and self-care of HIV-infected people. Training of negotiations skills for women is also important. More health service center for HIV/AIDS should be established. Regular HIV screening program for partners of HIV-infected people should be promoted to prevent HIV transmission.

2. Education: Educational institutions should have learning-teaching programs, starting from intermediate primary level to secondary level, in regard to all aspects of sex education. Besides, the Ministry of Public Health and other related organizations should work cooperatively to education the public about HIV infection.

3. Administration: The administrators of various public health organizations have a very important role to support the provision of multidisciplinary health services to HIV-infected patients. All patients should have access to antiretroviral drugs, especially the poor and underprivileged groups.

4. Research: Studies are needed to evaluate the models to promote appropriate sexual health behaviors that suit the needs of HIV-infected people well. Study should also be carried out among the couples of HIV-infected people with the aim to find factors that support and inhibit desirable sexual health behaviors.

บรรณานุกรม

1. UNAIDS / WHO. (2006). Report on the global AIDS epidemic. access in http://www.unaids.org/en/HIV_data. (7 October 2006)
2. สำนักกระบวนวิชา. (2548). “สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์”. เข้าถึงได้จาก: <http://www.aids-thai.org>. (วันที่ค้นข้อมูล 7 ตุลาคม 2549)
3. The Thai Working Group on HIV / AIDS Projection. (2001). access in http://www3.easywebtime.com/demo010/sathana_0501313.html (7 October 2006)
4. สุภรต์ จรัสสิทธิ์ (2551). สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ของประชากรไทย ในช่วงทศวรรษ 2540 (พ.ศ. 2540 – 2549) ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2551 มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม (หน้า 202) พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
5. มีชัย วีระไวทยะ. (2548). สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 37
6. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และสันสนีย์ เรืองสอน (2541). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม : โรงพิมพ์รุ่งแสง
7. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสังคมและสุขภาพ. (2547). การประชุมวิชาการสังคมและสุขภาพ (Journal Club) ครั้งที่ 12 เรื่องเพศสภาพกับสุขภาพ (Gender and Health) พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)
8. PAHO WHO. (2000). Promotion of sexual health recommendations for action : Guatemala.
9. วีระพล จันทร์ดิษฐ์. (2550). เอกสารประกอบการสอนเรื่อง Sexual Health and Adolescents ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
10. Sandfort TG and Ehrhardt AA. (2004). Sexual Health: A useful Public Health Paradigm or a Moral Imperative. Archives of Sexual Behavior. 33 (3): 181-187. USA
11. พรณพิมล หล่อตระกูล. (2550). “โครงสร้างหลักสูตรเพศศึกษา”. เข้าถึงได้จาก: <http://fc.anamai.moph.go.th> : (วันที่ค้นข้อมูล: 1 พฤศจิกายน 2550)

12. มุลนิธิสร้างเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (2550). “สุขภาพทางเพศของวัยรุ่นไทย”. เข้าถึงได้จาก: <http://www.whaf.or.th> (วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤศจิกายน 2550)
13. ญญา ญญักดี. (2547). รายงานสรุปสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
14. ญญา ญญักดี. (2547). รายงานนำเสนอในงานสัมมนาเนื่องในวันประชากร เรื่อง มิติหญิงชายและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
15. Robinson BE, Bockting WO, Rosser S, Miner M et al. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. Health Education Research: Theory & Practice. 17 (1): 43-57. USA
16. ญพา ศิริศรีมี, ญญา ยอดคำเนิน-แอ็ดติจ์ และ Alan Noel Gray. (2544). คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
17. ชติการณ์ ส่งสัมพันธ์. (2542). รายงานสรุปจากการประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 เรื่องความเสมอภาคทางเพศ ทางออกอยู่ที่ไหน. นนทบุรี : โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร ร่วมกับ กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
18. กฤตยา อาชวนิจกุล และธนศ อารณ์สุวรรณ. (2542). รายงานสรุปจากการประชุมระดมสมองครั้งที่ 2 เรื่องความเสมอภาคทางเพศ ทางออกอยู่ที่ไหน. นนทบุรี : โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สภาประชากร ร่วมกับ กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
19. ญดี โตโพธิ์ไทย. (2540). พฤติกรรม การดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงขายบริการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรัคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
20. Suchada Thaweessit. (2004). “Representations of Gender and Sexual Identity in Research”: Researching Sexuality and Sexual Health in Southeast Asia and China.19-33. Yayasan Surviva paski. Indonesia.
21. สัญชัย ชาติสมบัติ, พัยพ รัตนันราทร, พิชัย จินตนาภักดี, ธิดาพร จิรวัดนะไพศาล และคณะ. (2547). คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
22. สัญชัย ชาติสมบัติ, ีვნันท์ เลิศพริยสุวัฒน์ และพรทิพย์ ยุกตานนท์. (2547). แนวทางการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547 พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

23. ชัยณู พันธุ์เจริญ, ทวี โชติพิทยสุนนท์ และอุษา ทิสยากร. (2545). โรคเอดส์ในเด็ก พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
24. ประพันธ์ ภาณุภาค, จินตนาถ อนันต์วรณิชย์, อัญชลี อวิหิงสานนท์, สุณี ศิริวิชัยกุล และคณะ. (2548). คู่มือเพื่อการเพิ่มศักยภาพพยาบาล ในการบริหารจัดการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในสถานพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: มณฑลการพิมพ์.
25. progress update on the global response to the AIDS epidemic. (2004) access in http://www.newlifeforthai.com/html/nlft_situation.htm . (7 October 2006)
26. สัญชัย ชาสมบัติ และชีวันนัท เลิศพิริยสุวัฒน์. (2547). แนวทางปฏิบัติงาน โครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
27. กรัสไนย หวังรังสิมากุล, จริญญา หุ่นศรีสกุล, ดวงพร เกิดผล, นิลส์ เฮอรัฟ และคณะ. (2541). ความรู้เรื่องเอดส์สำหรับทันตบุคลากร พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บริษัท ลิ้มบราเดอร์ การพิมพ์ จำกัด
28. ประกิจ วงศ์ประเสริฐ. (2536). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาผู้ใหญ่ชาย จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
29. ชาย โพธิ์สิตา. (2549). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
30. Fletcher, P.R. (2004). How Tertiary Level Physics Students Learn and Conceptualise Quantum Mechanics. School of Physics, University of Sydney. : 51. Australia
31. เจริญพร ตรีเนตร. (2543). ประสบการณ์การพัฒนาคณะพยาบาลห้องผ่าตัดไทยที่ได้รับการฝึกอบรมในประเทศฝรั่งเศส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
32. Semaan S, Lauby J and Walls C. (1997). Condom use with main partners by sterilized and non-sterilized women. Women Health. 25 (2): 65-85. USA
33. [Bedimo AL](#), [Bennett M](#), [Kissinger P](#) and [Clark RA](#). (1998). Understanding barriers to condom usage among HIV-infected African American women. Journal Associate Nurses AIDS Care. 9 (3): 48-58. USA

34. Kennedy CA, Skurnick J, Wan JY, Quattrone G et al. (1993). Psychological distress drug and alcohol use as correlates of condom use in HIV-serodiscordant heterosexual couples. AIDS. 7 (11): 1493-9. USA
35. Ehrenstein V, Horton NJ and Samet JH. (2004). Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems. Drug Alcohol Depend. 73 (2): 159-66. USA
36. Kline A and VanLandingham M. (1994). HIV-infected women and sexual risk reduction: the relevance of existing models of behavior change. AIDS Education Prevention. 6 (5): 390-402. USA
37. Santelli JS, Kouzis AC, Hoover DR, Polacsek M et al. (1996). Stage of Behavior Change for Condom Use: The Influence Of Partner Type Relationship and Pregnancy Factors. Family Planning Perspectives 28: 101-107
38. [Frank ML](#), [Poindexter AN](#), [Cox CA](#) and [Bateman L](#). (1995). A cross-sectional survey of condom use in conjunction with other contraceptive methods. Women Health. 23 (2): 31-46. USA
39. Morrison BD and Lewis BP. (2001). HIV prevention in single, urban women: condom-use readiness. Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 30 (2): 148-56. USA
40. Prudhomme J, Msellati P, Souville M and Moatti JP. (2002). Sexual behaviour among HIV infected patients in the context of the drug access initiative in Cote d'Ivoire. International Conference AIDS. (14) : abstract no. ThOrD1452. Africa.
41. Dublin S, Rosenberg PS and Goedert JJ. (1992). Patterns and predictors of high-risk sexual behavior in female partners of HIV-infected men with hemophilia. AIDS. 6 (5): 475-82. USA
42. นันทา สุกเกษม. (1997). Evaluation of the 100% Condom Programme Ayutthaya Province. Journal of Health Science. 2 (6): 287-292. Thailand.
43. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และ ศันสนีย์ เรืองสอน. (2542). ร้อยละของทัศนคติของผู้หญิงกับสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1 นครปฐม : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส
44. สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สุริยพร พันพึ้ง. (2551). เข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์เพศวิถีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยมุมมองเพศวิถี ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2551 มิติ "เพศ" ในประชากรและสังคม (หน้า 182-191). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

45. กัญญา อภิพรชัยสกุล และ ดุสิตา พึ่งสำราญ. (2551). ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศและความรู้เรื่องโรคเอดส์ของประชากรไทย พ.ศ. 2549 ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2551 มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม (หน้า 27). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
46. วิณา เทียงธรรม. (2547). การเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : หจก.อรุณการพิมพ์. 18(2): 97-109
47. มณฑา เก่งการพานิช. (2547). ประสบการณ์ของมารดากับการมีบุตรอาการดาวน์: ความทุกข์เชิงสังคม บริบท ความหมาย และการจัดการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
48. ผจงศิลป์ เฟิงมาก, รัชนิ สุขบุญสังข์, ถัน พงษ์ศรี และสุพักตร์ วาณิชเสณี. (2548). พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของเยาวชนผู้เสพยาบ้าที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ หน่วยบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่ง ในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. 17(1): 28
49. Stier EA and Baranoski AS. (2008). Human papillomavirus-related diseases in HIV-infected individuals. Current opinion in oncology. 20 (5): 541-6. USA
50. รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2548). ทฤษฎีและโมเดลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ใน สุปรียา ต้นสกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีและโมเดล การประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (หน้า 20-24), พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยุทธินทร์
51. พรรณี ภู่นประดับ. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวัง การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
52. สมบัติ ตาปัญญา. (2552). “การปรับตัวทางจิตใจของผู้ป่วยทางกาย”. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.cmu.ac.th/dept/psychiatry/Document/>: (วันที่ค้นข้อมูล 12 ตุลาคม 2552)



แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงชีวิตส่วนตัวและครอบครัว

- ประวัติชีวิตในอดีต : เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ให้ข้อมูล
 - ภูมิลำเนาอยู่ที่ไหน และภูมิหลังชีวิตเป็นอย่างไร เช่น ครอบครัว เศรษฐกิจ การศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเลี้ยงดู การหย่าร้าง ศาสนา ชีวิตการทำงานเป็นอย่างไร
 - หลักศาสนากับความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ
- ชีวิตครอบครัวของตนเอง (กับสามีและลูก จากอดีตถึงปัจจุบัน) การอยู่ร่วมกัน สัมพันธภาพ การหย่าร้าง/แยกทางกัน การมีบุตร

2. พฤติกรรมสุขภาพทางเพศก่อนการติดเชื้อเอชไอวี

- มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ สุขภาพทางเพศ และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ โรคเอดส์ หรือเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และรับรู้จากแหล่งใด/ใคร มีความคิดเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือเชื้อเอชไอวีอย่างไร
- การมีอิสระในการแสดงออกทางเพศ เช่น การพูดคุยเรื่องเพศ และเรื่องเพื่อนต่างเพศ กับครอบครัว การคบหาสมาคมกับเพื่อนต่างเพศ การมีเพื่อนสนิทต่างเพศ การมีปฏิสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม การแสดงออกต่อเพศตรงข้าม
- การเลี้ยงดูกับการแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศ ความคิดเห็นเรื่องเพศเดียวเมียเดียว การรักนวลสงวนตัว เพศสัมพันธ์กับการแต่งงาน (แต่งงานกับคนที่บริสุทธิ์ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน)
- การได้รับความรู้ การรับรู้และเข้าใจเรื่องร่างกายเพศ การรับรู้ลักษณะร่างกายของบุคคล การตรวจมะเร็งปากมดลูก การใช้ถุงยางอนามัย การทำความสะอาดอวัยวะเพศและการตรวจอวัยวะเพศของตนเองเพื่อประเมินภาวะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคมะเร็ง
- ความเชื่อหรือทัศนคติต่อสุขภาพทางเพศ เช่น ทัศนคติต่อการรักนวลสงวนตัว การปกปิด/ของรักของหวง พรหมจรรย์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การกระทำความรุนแรงทางเพศ การบังคับทางเพศ และการขายบริการทางเพศ การสำเร็จความใคร่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องเพศ

- ความใส่ใจเรื่องเพศ ได้แก่ ความใส่ใจเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ความเข้าใจผิดเรื่องสุขอนามัย ข้อห้ามต่างๆ ขณะมีประจำเดือน ประจำเดือนเป็นเลือดเสีย ความเชื่อเรื่องน้ำอสุจิ การทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำยา ฯลฯ ทำไมท่านจึงใส่ใจหรือไม่ใส่ใจในเรื่องดังกล่าว
 - พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศเป็นอย่างไร ทำอะไรบ้างในการที่จะดูแลสุขภาพทางเพศ เช่น การตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูก การใช้ถุงยางอนามัย การทำความสะอาดอวัยวะเพศ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทำไมจึงสนใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศดังกล่าว
 - พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการติดเชื้อ กับใคร เช่น เพื่อน แฟน ฯลฯ มีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย ความบ่อยครั้งของการใช้ถุงยางอนามัย คนรักเก่าหรือคู่คนที่ผ่านมา พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ : แบบใด/ทางใด/วิธีใด (และเป็นแบบปกติโดยยินยอม/พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย พึงพอใจหากแต่มีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงกว่าปกติ มีการทำให้เจ็บปวด/บาดเจ็บจากการมีเพศสัมพันธ์ มีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อื่นๆ มีการปฏิเสธ/ขัดขืนการมีเพศสัมพันธ์ หรือการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์)
 - เคยมีอาการหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ หรือไม่ มีการดูแลรักษาอาการต่าง ๆ อย่างไร
 - ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ก่อนที่ตนเองจะเป็นเอง
3. การกลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- เล่าถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ท่านติดเชื้อ ขณะนั้น ท่านคิดหรือไม่ว่าท่านจะติดเชื้อ
 - ถ้าท่านคิด ทำไมท่านจึงยอมมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และถ้าท่านไม่คิด ทำไม/เพราะเหตุใด
 - มีการแจ้งให้สามี/คู่สนทน/คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยทราบว่าท่านติดเชื้อ เพราะอะไรท่านจึงแจ้งคนรักหรือคู่สนทนาทราบ และเมื่อเขาทราบว่าท่านติดเชื้อ : ความรู้สึกและปฏิกิริยาของบุคคลเหล่านั้น การยอมรับ/หรือปฏิเสธที่จะอยู่ด้วยกัน โดยที่ไม่มีเพศสัมพันธ์หรือไม่
4. พฤติกรรมสุขภาพทางเพศหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มหรือไม่ อย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองอย่างไร พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับคู่

นอนเปลี่ยนไปหรือไม่อย่างไร (ลักษณะการร่วมเพศ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ/ ความรุนแรงของโรคด้วยการใช้ถุงยางอนามัย และวิธีต่าง ๆ) มีการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีการดูแลตนเองและสำรวจตนเองมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุผลอะไร ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้

- มีการปฏิบัติตนเองอย่างไร (ระมัดระวังมากขึ้น หรือ เหมือนเดิม หรือปล่อยให้แย่กว่าเดิม) และความใส่ใจเรื่องสุขภาพทางเพศ ได้แก่ การระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด (ระวังเรื่องการมีบุตร ... มีบุตรหรือไม่หลังจากคิดเชื่อ) ความระมัดระวังเรื่องสุขอนามัย (ข้อห้ามต่างๆ ขณะมีประจำเดือน การทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำยา การใช้ยา ฯลฯ)

.... ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้

- การมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือคู่นอน : หลังจากคิดเชื่อ ท่านยังคงมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (กับใคร ...)
 - ความบ่อยครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่ อย่างไร และทำไม
 - มีการระมัดระวังมากขึ้น การปฏิบัติตัว หรือมีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ หรือไม่ ทำอย่างไร เพราะอะไร
 - รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงเพื่อให้มีความปลอดภัยมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร เพราะอะไร
 - มีการใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ บ่อยครั้งเพียงใด เพราะอะไรถึงใช้หรือไม่ใช้ ถุงยางอนามัย ท่านสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์เมื่อท่านไม่ต้องการได้หรือไม่ อย่างไรและทำไม

.... ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้

- รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ : ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนเดิมหรือไม่ หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้อื่นเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพราะอะไร มีพฤติกรรมทำให้เจ็บปวดก่อนมีเพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ที่รุนแรงกว่าปกติ มีการบาดเจ็บจากการมีเพศสัมพันธ์ ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อื่นๆ ในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การยอมหรือการปฏิเสธต่อการมีเพศสัมพันธ์ สามารถปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์เมื่อตนเองไม่ต้องการกับคนรักหรือคู่นอน การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์

.... ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้

- ทักษะการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์กับการคิดเชื่อเอชไอวี ไม่ยุติธรรมที่ผู้หญิงเป็นผู้รับกรรม เป็นการกดขี่ทางเพศ เป็นความทุกข์ทรมานและเป็นเวรกรรม เป็นบาป

.... ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้

- สรุปแล้ว ท่านคิดว่า การที่ท่านต้องกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ท่านมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทำไมจึงมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้
 - พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ
 - ความรู้ความเข้าใจ
 - ความรู้สึกและทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ
 - การเข้าใจและความคิดต่อเรื่อง “ชีวิต” และ “ความหมายของชีวิต”

5. การเข้ารับการรักษาพยาบาลและความต้องการความช่วยเหลือ

- อะไรเป็นเหตุผลที่ทำให้ท่านตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยยา (ตัดสินใจเองหรือมีใครช่วยตัดสินใจ หรือมีความคิดเหตุผลอะไร ฯลฯ) การรักษาวินัยนี้เป็นทางหลักหรือทางรอง/ทางเลือกสำหรับท่าน
- ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับบริการสาธารณสุขนี้ : ความยากง่ายในการเข้าถึง ท่านได้รับบริการตามที่ท่านต้องการหรือไม่ อะไรที่ท่านต้องการหรือคาดหวังที่จะได้รับจากบริการ แต่ไม่ได้รับ ท่านอยากให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีลักษณะอย่างไร

เอกสารชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย

สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (SEXUAL HEALTH AMONG HIV POSITIVE WOMEN)

สถานที่ทำการวิจัย

ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

หัวหน้าโครงการและผู้ร่วมโครงการ และที่อยู่ติดต่อได้

นางสาวนิตยา ชมเชย โทรศัพท์ 02-2542566 ต่อ 2 โทรศัพท์มือถือ 086-3223522 หรือที่
หน่วยวิจัยเชิร์ช เลขที่ 104 ชั้น 2 อาคาร 2 ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

บทนำและเหตุผลในการศึกษาวิจัยของโครงการวิจัยนี้ (อย่างย่อ)

โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง ติดเชื
ฉกฉวยโอกาสได้ง่าย สมรรถภาพของร่างกายลดลง และถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จ
ระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ โดยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในแต่ละ
ปี แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดขึ้นทุกปีเป็นจำนวนมาก

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีเพศสัมพันธ์นั้น ใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ เมื่อวิเคราะห์
สาเหตุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย เกี่ยวข้องทั้งการขาดการรับรู้ถึงความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้
เกิดความเสี่ยงของโรคมามากยิ่งขึ้น รวมทั้งขาดความตระหนักถึงผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ยังพบว่า
ผู้ป่วยที่เป็นสามีภรรยา มีการให้ข้อมูลกับแพทย์และพยาบาลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ไม่ตรงกัน ซึ่ง
ส่งผลให้การให้สุขศึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร
การที่ผู้ป่วยยังปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ สะท้อนให้เห็นว่า
บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เข้าใจและเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ได้อย่างแท้จริง

ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาเพื่อเข้าใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างแท้จริงในทัศนะของผู้ป่วยเอง โดยเลือกใช้วิธีการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่า จะทำให้สามารถเข้าถึงความเป็นจริงด้านพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างแท้จริง และผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาใช้ประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ให้มีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศที่สอดคล้องและเหมาะสมกับความเป็นจริง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในสังคม

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังติดเชื้อเอชไอวีจนถึงปัจจุบัน
2. เพื่ออธิบายเงื่อนไขของการมีพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่ออธิบายการให้ความหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ พร้อมทั้งพูดคุยซักถามเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของท่านตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน และขอความยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความพร้อมของท่าน โดยประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อการนัดหมายแต่ละครั้ง สถานที่ที่ใช้ในการนัดหมายอาจเป็นที่บ้านของท่าน สวนสาธารณะ สถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยท่านจะเป็นผู้เลือกสถานที่ในการให้สัมภาษณ์ และจะมีการจดบันทึกและทำการขออนุญาตท่านในการใช้เทปอัดเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

หลังจากนั้นผู้วิจัยอาจขอให้ท่านมาพบหลายครั้ง อาจมากหรือน้อยกว่าผู้อื่น แต่ท่านสามารถปฏิเสธได้ อาจมีการโทรศัพท์พูดคุยกันเป็นบางครั้ง ผู้วิจัยอาจนัดท่านเพิ่มจากเดิม และขอถามข้อมูลจากบุคคลในครอบครัว หรือคนที่ท่านสนิทสนมด้วย แต่ท่านสามารถปฏิเสธที่จะมาหรือไม่อนุญาตให้ถามจากบุคคลอื่นได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะดำเนินการเช่นนี้จนกระทั่งได้รับข้อมูลที่จะนำไปวิเคราะห์ และทำการสรุปผลการวิจัย

เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านให้ทำการวิจัยเข้าโครงการวิจัย

เนื่องจากท่านเป็นท่านหญิง สัญชาติไทย และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และเป็นผู้ที่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเองเป็นอย่างดี สามารถจะเล่าเรื่องราวในชีวิตของท่านได้อย่างถูกต้องที่สุด

ระยะเวลาที่ต้องทำการทดลอง/ทดสอบในท่านให้ทำการวิจัย

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษานี้คือ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2550 – ตุลาคม 2551

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นทั้งต่อท่านให้ทำการวิจัย และต่อผู้อื่น

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์จากโครงการวิจัยนี้โดยตรง แต่ผลการวิจัยนั้นสามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่ดูแลท่านที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำมาประยุกต์ใช้จัดโปรแกรมสุขศึกษาได้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นแนวทางการเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ตามมุมมองของท่านเอง ช่วยทำให้การบริการและการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของท่านตรงกับความต้องการที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ซึ่งจะสามารถลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีความรุนแรงและผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใดๆที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับท่านให้ทำการวิจัยในระหว่างการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เนื่องจากไม่มีการปฏิบัติใดที่ต้องทดลอง หรือใช้ยา หรือนำสิ่งอื่นใดเข้าสู่ร่างกายที่จะก่อให้เกิดโทษ และอันตรายต่อสุขภาพ ท่านจะไม่เกิดความเสี่ยงทางด้านร่างกายแต่ท่านอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจที่จะตอบคำถามเรื่องส่วนตัวหรือให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยในบางคำถาม หากท่านเริ่มแสดงสีหน้า ท่าทาง ในลักษณะที่อึดอัด อาย กังวล ในเรื่องที่จะตอบ ผู้วิจัยจะไม่ถามซ้ำท่าน จะแก้ไขโดยการข้ามคำถามนั้นหรือบอกให้ท่านทราบว่าไม่จำเป็นต้องตอบ สามารถตอบเท่าที่ตนเองรู้สึกไม่ลำบากใจ เพื่อที่จะทำให้ท่านเกิดความพึงพอใจหรือไม่อึดอัดใจในการให้สัมภาษณ์

มาตรการหรือวิธีการในการป้องกัน หรือลดความเสี่ยงหรือความไม่สบายใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

ผู้วิจัยขอยืนยันว่าจะรักษาความลับทั้งขั้นตอนการเก็บรักษาแบบสอบถาม การดำเนินการวิจัย และการนำเสนอผลการวิจัย โดยจะนำเสนอในภาพรวม ในเชิงวิชาการเท่านั้น ซึ่งท่านเองก็มีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบในเชิงลบแต่อย่างใด

การดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ ของท่านให้ทำการวิจัย (ได้แก่ การเก็บรักษาข้อมูลจะอย่างไร เก็บไว้ที่ไหน ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลได้บ้าง และมีวิธีการทำลายข้อมูลอย่างไร และเมื่อไร)

ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาที่อยู่ในรูปของแบบสัมภาษณ์ หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในฐานะข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ข้อมูลที่กล่าวมาจะถูกเก็บรักษาไว้อย่างปลอดภัยและเป็นความลับ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การเผยแพร่ข้อมูลจะต้องเป็นการนำเสนอในภาพรวมเชิงวิชาการ ไม่มีการนำเสนอเป็นรายบุคคล

สิทธิท่านให้ทำการวิจัยจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ

ท่านมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา ไม่ว่าด้วยเหตุผลใด โดยไม่มีผลกระทบในเชิงลบใดๆ ต่อตัวท่าน

ผู้รับผิดชอบที่ท่านให้ทำการวิจัยสามารถติดต่อได้โดยสะดวก กรณีมีเหตุจำเป็น หรือฉุกเฉิน

ท่านสามารถติดต่อ นางสาวนิตยา ชมเชย โทรศัพท์ 02-2542566 ต่อ 2 โทรศัพท์มือถือ 086-3223522 หรือที่หน่วยวิจัยเชิร์ช เลขที่ 104 ชั้น 2 อาคาร 2 ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หนังสือยินยอมคนให้ทำการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง “สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี “

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ขอทำหนังสือ
นี้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการเพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า

- ข้อ 1. ก่อนลงนามในใบยินยอมคนให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว
- ข้อ 2. ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ
- ข้อ 3. ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมใน
โครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาโรค
ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป
- ข้อ 4. ผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงาน
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น
- ข้อ 5. ผู้วิจัยรับรองว่า หากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้ง
ให้ทราบทันทีโดยไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วย
ความเต็มใจ

ลงชื่อ ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารรับรองเลขที่ MUPH2008-091

ชื่อโครงการ สุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี

รหัสโครงการ 112/2551

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวนิตยา ชุมเชย

ที่ทำงาน หลักสูตร วิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต
 สาขาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 420/1 ถนนราชวิถี กรุงเทพมหานคร

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศ
 เอลซิงก์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประมุข โอศิริ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์นิตยา จรุงพันธุ์ผล)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล

นางสาวนิตยา ชมเชย

วัน เดือน ปีเกิด

2 ตุลาคม พ.ศ. 2520

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543

คหกรรมศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2546

ที่อยู่ปัจจุบัน

25 หมู่ 1 ซอยช่างอากาศอุทิศ 8 แขวง 5

ถนนช่างอากาศอุทิศ แขวงดอนเมือง

เขตดอนเมือง กรุงเทพมหานคร 10210

โทรศัพท์ 02-5653662

E-mail: nitiya_ch@yahoo.com

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน ผู้ประสานงานโครงการวิจัย

หน่วยความร่วมมือเพื่อการวิจัยระหว่างภูมิภาค

เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และฮาวาย (หน่วย

วิจัยเซิร์ช)

โทรศัพท์ 02-254-2566

E-mail: nitiya.c@searchthailand.org