

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นเวลาเกือบ 30 ปีนับจากปี ค.ศ. 1981 ที่มีการรายงานผู้ป่วยชายรักชายจำนวน 5 รายป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อ *pneumocystis carinii* ในเมืองลอสแอนเจลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา โรคปอดดังกล่าวพบได้น้อยมากในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันปกติ ครั้งนั้นเป็นการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของโลก หลังจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและภูมิคุ้มกันผิดปกติตามมาอีกหลายครั้ง ซึ่งพิสูจน์ในภายหลังว่าเป็นผลมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี จากปี ค.ศ. 1981 จนถึงปัจจุบันเชื้อไวรัสได้ระบาดไปในทุกภูมิภาคของโลก จากรายงานประจำปีของ UNAIDS ตั้งแต่มีการระบาดจนถึงเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2008 ผู้ติดเชื้อทั่วโลกที่ยังมีชีวิตอยู่มีจำนวน 33.4 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่ 31.3 ล้านคน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีจำนวน 2.1 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2008 เพียงปีเดียวพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 2.7 ล้านคน ในปีเดียวกันนี้มีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต 2 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ติดเชื้อในปี ค.ศ. 1990 และปี 2008 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงสามเท่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากปัจจัยสองประการคือ การติดเชื้อยังคงแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ประการที่สอง การรักษาที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบันช่วยลดอัตราการเสียชีวิตทำให้ผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นในประเทศไทย ข้อมูลของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 มีผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 368,921 ราย เสียชีวิตแล้ว 97,694 ราย ประเมินการว่าในปัจจุบันผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทยจำนวน 700,000 ราย แต่ละปีมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 30,000 รายต่อปี จะเห็นได้ว่านับจากที่มีรายงานผู้ติดเชื้อรายแรกเกือบ 30 ปีมาแล้ว การติดเชื้อไวรัสเอชไอวียังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในลำดับแรกของโลกและในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อยังคงเพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับต้นๆของประชากรทั่วโลกในช่วงเวลาที่ผ่านมาและจะยังคงเป็นต่อไปในทศวรรษอันใกล้ (UNAIDS, 2009)

การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกเกิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ. 1996-1997 เมื่อมีการค้นพบสูตรยาที่สามารถควบคุมไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อจำนวนมากสามารถเข้าถึงและรับการรักษาด้วยยา การรักษาที่มีประสิทธิภาพนี้สามารถลดอัตราการป่วยตายลงได้อย่างมาก นับจากปี ค.ศ. 1996 - 2008 สามารถช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อได้ไม่น้อยกว่า 2.9 ล้านคน เอชไอวีจึงได้เปลี่ยนจากโรคร้ายที่ไม่มีทางรักษามาเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถดูแลรักษาได้ในปัจจุบัน เพียงแต่ต้องเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน ด้วยการรักษาที่มีประสิทธิภาพและการเข้าถึงการรักษาได้อย่างง่ายดาย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตยืนยาว ทำงานและใช้ชีวิตได้ตามปกติ อย่างไรก็ตามแม้จะเปลี่ยนจากโรคร้ายที่ไม่มีทางรักษามาเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ แต่การติด

เชื้อเอชไอวีก็ยังคงเป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ ยังมีการแสดงความรังเกียจและแบ่งแยก ผู้ติดเชื้อรับรู้ความรู้สึกนี้ผ่านทางท่าทางและคำพูดของบุคคลในสังคม เมื่อรับรู้ว่าการติดเชื้อผู้ติดเชื้อรู้สึกว่าร่างกายตนเองเต็มไปด้วยเชื้อโรคร้าย ไม่สมควรถูกสัมผัสหรือแตะต้องจากบุคคลอื่น (Lekas, 2006) ในประเทศไทยแม้การแสดงความรังเกียจจะลดลงอย่างมาก แต่ก็ยังพบความกลัวต่อการติดเชื้อเมื่อต้องสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ สมาชิกในครอบครัวยังแสดงความกลัวให้รับรู้ได้ (Liamputtong, 2009) การที่สังคมไทยยังคงไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลเนื่องมาจากการใช้นโยบายสร้างความกลัวให้เกิดขึ้นในอดีตโดยคาดหวังว่าจะลดการแพร่กระจายโรค แต่ผลที่ตามมาและยังคงส่งผลในปัจจุบันคือความกลัวต่อโรคและความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อ รับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อว่าต้องเป็นผู้ใช้ยาเสพติด หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางเพศ ดังนั้นผู้ที่มีเชื้อไวรัสต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเหล่านี้นั่นเอง เพื่อหลบเลี่ยงจากการถูกสังคมประณามและตีตรา ผู้ติดเชื้อบางส่วนจึงเลือกที่จะปกปิดผลเลือดไว้เป็นความลับจากสมาชิกในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด แสวงหาการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันและบุคลากรทางการแพทย์ที่ตนไว้วางใจ (Liamputtong, 2009) จากการศึกษาของ สุธกณอม รอดอ่วม(2537) พบว่าผู้ติดเชื้อมีความคาดหวังว่าแพทย์จะเป็นผู้ที่ให้กำลังใจ ให้แนวทางการดำเนินชีวิตและให้คำปรึกษาตนมากที่สุดคือร้อยละ 46.7 กำลังใจที่ได้รับมากที่สุดมาจากการที่แพทย์ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยคือร้อยละ 36.7 บุคลากรทางการแพทย์และแพทย์จึงเป็นผู้ที่ให้กำลังใจและให้ความสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญแก่ผู้ติดเชื้อ ในบางครั้งยังเป็นที่ปรึกษาทางด้านจิตใจในยามที่ผู้ติดเชื้อไม่สามารถพึ่งพิงครอบครัวหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดได้

แม้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาว ลดอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่ผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในกระบวนการรักษา ต้องรับประทานยาให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิต เข้ารับการตรวจวัดระดับเม็ดเลือดขาว(CD4) และปริมาณไวรัสในกระแสเลือด(viral load)เป็นระยะ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพผู้ติดเชื้อต้องรับประทานยาอย่างถูกต้องตรงเวลาอย่างน้อยร้อยละ 95 ของจำนวนครั้งในการรับประทานยา ถ้าผู้ติดเชื้อไม่เคร่งครัดต่อการรักษา จะก่อให้เกิดความล้มเหลวต่อการรักษา(virologic failure) ซึ่งจะเกิดเชื้อไวรัสดื้อยา ต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาเดิมเป็นสูตรยาใหม่ที่มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นและมีผลข้างเคียงมากกว่าสูตรยาพื้นฐาน นอกจากนี้ยังอาจแพร่กระจายไวรัสดื้อยาให้กับผู้ติดเชื้อรายอื่น ซึ่งจะเกิดความเสียหายในวงกว้าง ผู้ติดเชื้อที่ล้มเหลวในการรักษาอาจมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นอย่างมาก การที่ผู้ติดเชื้อจะมีวินัยและเคร่งครัดต่อการรักษาในระยะยาวต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านเพื่อให้สามารถบังคับและควบคุมตนเองได้ ความไว้วางใจที่ผู้ติดเชื้อมีต่อแพทย์ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีวินัยและเคร่งครัดต่อการรักษาในระยะยาว(Robertson, 2009; McCoy, 2005) เมื่อไว้วางใจแพทย์ผู้ติดเชื้อจะเปิดเผยข้อมูลที่สำคัญ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพและยืนยาว

สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์เป็นสัมพันธภาพของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ดูแล และผู้ที่ได้รับการดูแล (Chin, 2001; Goold & Klipp, 2002) ผู้ป่วยอยู่ในฐานะที่จำเป็นต้องพึ่งพิงแพทย์อย่าง

หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากขาดทักษะและความรู้ที่จะจัดการความเจ็บป่วยด้วยตนเอง สัมพันธภาพของการพึ่งพิงเพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ของผู้ป่วยจึงก่อให้เกิดพันธะผูกพันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยขึ้น เป็นที่ยอมรับกันว่าความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์เป็นส่วนสำคัญที่สุดของสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่จำเป็นต่อกระบวนการดูแลรักษา (Mechanic & Schlesinger, 1996 ; Kao, Green & Zaslavsky, 1998 ; Mechanic & Meyers, 2000; Lee, Ng, & Ghazalie, 2007; Pearson, & Raeke, 2000) ในกระบวนการตรวจรักษาโรค แพทย์ต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลที่เป็นเรื่องราวส่วนตัวที่ต้องการปกปิด เช่นพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ได้แก่การใช้สารเสพติด ความประพฤติดังกล่าว ในบางสถานการณ์อาจต้องเปิดเผยบางส่วนของร่างกายในกระบวนการตรวจ หรือแม้กระทั่งต้องยอมเจ็บปวดทรมาน สูญเสียอวัยวะจากกระบวนการรักษา การที่ผู้ป่วยยินยอมเพราะเชื่อว่าแพทย์จะกระทำการทั้งหมดโดยยึดประโยชน์และสวัสดิภาพของผู้ป่วยเหนือสิ่งอื่นใด ซึ่งก็คือความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์นั่นเอง จะเห็นได้ว่าความไว้วางใจเป็นส่วนสำคัญในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ถ้าปราศจากความไว้วางใจ จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในการดูแลรักษา ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ ลดทอนประสิทธิภาพในการรักษา และส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม (Mechanic & Schlesinger, 1996 ; Kao, Green & Zaslavsky, 1998; Thom, Hall, & Pawlson, 2004)

สำหรับผู้ป่วยทั่วไปความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์มีความสำคัญในกระบวนการรักษา และสัมพันธภาพเชิงรักษาระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ความไว้วางใจนี้มีความสำคัญเพิ่มขึ้น นอกจากแพทย์จะต้องให้การดูแลรักษาการเจ็บป่วย แพทย์ยังอาจต้องทำหน้าที่แทนสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนในการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้ติดเชื้อไม่สามารถปรึกษาผู้อื่นได้ และเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีได้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลตลอดชีวิต จึงทำให้สัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสัมพันธภาพตลอดชีวิต เมื่อผู้ติดเชื้อเชื่อมั่นไว้วางใจในตัวแพทย์ผู้รักษา จะเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด ปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งทำให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพปรกติจนสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ดังเดิม ลดโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้อื่นเนื่องจากไวรัสในร่างกายถูกทำลายด้วยยาต้านไวรัส แต่เมื่อผู้ติดเชื้อไม่ไว้วางใจแพทย์ ด้วยข้อจำกัดของบริการทางสาธารณสุขและความกังวลในเรื่องความลับเรื่องผลเลือดที่ไม่ต้องการเปิดเผย แม้ไม่ไว้วางใจและอาจไม่มีสัมพันธภาพที่ดีกับแพทย์ผู้ดูแลตน ผู้ติดเชื้อก็อาจจำเป็นต้องรับการรักษาที่เดิม ไม่กล้าเปลี่ยนแพทย์ แต่ด้วยความไม่ไว้วางใจ ผู้ติดเชื้ออาจไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ใส่ใจในการรักษา ไม่เคร่งครัดต่อการรับประทานยา ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง อาจเกิดเชื้อไวรัสดื้อยา และเมื่อยังคงมีปริมาณไวรัสในร่างกายในระดับที่สูง จึงมีโอกาที่จะแพร่เชื้อของตนไปยังผู้อื่นได้ด้วย จะเห็นได้ว่าความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อแพทย์ผู้ดูแลช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีความกระตือรือร้นที่จะดูแลรักษาตนเอง ไม่ลังเลที่จะเข้าพบแพทย์เมื่อเกิดปัญหา ส่งผลโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อที่จะกลับไปมีชีวิตในสังคมได้อย่างปรกติ ครอบครัวและสังคมก็จะได้สมาชิกกลับคืนไปและยังลดโอกาสที่จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้น

ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหลากหลายมิติทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทั้งการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์ การศึกษาในเชิงสังคมวิทยาและจิตวิทยา เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของบุคคลทั่วไป ของบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ของบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเอดส์ ของผู้ป่วยโรคเอดส์ และของครอบครัวผู้ป่วยโรคเอดส์ ต่อคำว่า “เอดส์”(โสภา ขปิลมันน์, 2536) และยังมีการศึกษาความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ที่ทำในต่างประเทศ เป็นการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาองค์ประกอบของความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์(Thom, 1997) การศึกษาความไว้วางใจของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีต่อแพทย์ (Mechanic, & Meyer, 2000) แต่การศึกษาคความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อที่มีต่อแพทย์ยังไม่พบในประเทศไทย เพื่อให้สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ และความไว้วางใจที่ผู้ติดเชื้อมีต่อแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อหลังจากรับรู้ผลเลือด โดยเน้นในส่วนที่มีแพทย์เข้าไปมีส่วนร่วม และเน้นศึกษาประสบการณ์ตรงของผู้ติดเชื้อขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์ โดยเน้นเฉพาะแพทย์ที่รับรู้ผลเลือดและให้การรักษาคการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวี และศึกษาลักษณะของแพทย์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความไว้วางใจ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะเป็นกระบวนการวิจัยที่เปิดกว้างให้ผู้วิจัยเข้าไปสัมผัสประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อได้โดยตรง และเนื่องจากยังไม่พบบงานวิจัยลักษณะดังกล่าวในประเทศไทยจึงไม่มีข้อมูลเบื้องต้นเพียงพอสำหรับวิจัยในเชิงปริมาณ ผลที่ได้รับจากการวิจัยขึ้นนี้จะช่วยให้รับรู้ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อในการเข้ารับบริการจากแพทย์ รับรู้ลักษณะของแพทย์ที่ควรมีเพื่อก่อให้เกิดความไว้วางใจ และยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา สัมพันธภาพเชิงช่วยเหลือระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้รับบริการต้องมีความไว้วางใจของผู้รับบริการเป็นรากฐานที่สำคัญเช่นกัน เช่นเดียวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ ระดับความไว้วางใจสามารถพยากรณ์โอกาสในการประสบความสำเร็จของกระบวนการปรึกษาได้(Strong, 1968; Friedlander, 1970; Strong & Schmidt, 1970 อ้างถึงใน Johnson, 1972) เมื่อเข้าใจความไว้วางใจที่ผู้ติดเชื้อมีต่อแพทย์ รับรู้ลักษณะของแพทย์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไว้วางใจ ผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เพื่อสร้างเสริมความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ที่มาใช้บริการปรึกษา ซึ่งจะส่งผลให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาประสบความสำเร็จมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากรับรู้ผลเลือดจนเข้าสู่กระบวนการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการรับบริการตรวจรักษาจากแพทย์
3. เพื่อศึกษาลักษณะของแพทย์ที่ผู้ติดเชื้อให้ความไว้วางใจ

คำถามการวิจัย

1. ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากที่รับรู้ผลเลือดจนเข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นอย่างไร
2. หลังจากรับรู้ผลเลือดแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์อย่างไรในการเข้ารับการตรวจรักษาจากแพทย์
3. แพทย์ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ความไว้วางใจมีลักษณะอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลังจากรับรู้ผลเลือดว่ามีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรในชีวิต และหลังจากรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อแล้วผู้ติดเชื้อมีประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์อย่างไร โดยเน้นที่การตรวจรักษาสำหรับการติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อค้นหาลักษณะของแพทย์ที่ผู้ติดเชื้อให้ความไว้วางใจ โดยมุ่งหาองค์ประกอบและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อที่มีต่อแพทย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 คน ที่สมัครใจเข้ารับการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งใจกลางกรุงเทพมหานคร อีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ติดเชื้ออาสาสมัครจากองค์กรเอกชนที่มาร่วมกิจกรรมกับผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งนี้

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้ติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อผลเป็นบวกด้วยวิธีการตรวจที่ต่างกัน 2 วิธี โดยไม่จำกัดระยะของการติดเชื้อ

แพทย์ผู้ดูแล หมายถึงแพทย์ที่ทำหน้าที่ในคลินิกเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นแพทย์ที่ทำหน้าที่ในการจ่ายยาต้านไวรัส ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกเฉพาะโรค

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. รับรู้และเข้าใจประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อหลังจากรับรู้ผลเลือดของตน ซึ่งเป็นประสบการณ์ของการเผชิญหน้ากับวิกฤตของชีวิตจนกระทั่งเข้าสู่กระบวนการรักษาทางการแพทย์
2. รับรู้และเข้าใจประสบการณ์ในการตรวจรักษากับแพทย์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และทราบถึงลักษณะของแพทย์ที่ผู้ติดเชื้อให้ความไว้วางใจ

3. นำข้อมูลที่ได้รับไปปรับใช้เพื่อให้แพทย์ได้รับรู้และเข้าใจถึงลักษณะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างไปจากโรคเรื้อรังอื่น เพื่อให้แพทย์สามารถปรับตัวเพื่อเพิ่มความไว้วางใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลดีต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา

4. นำประสบการณ์ที่ได้รับจากความเข้าใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างลึกซึ้ง และลักษณะของบุคคลที่ผู้ติดเชื้อให้ความไว้วางใจไปประยุกต์ใช้กับงานทางด้านจิตวิทยาการปรึกษา ที่ต้องการทั้งความเข้าใจจากผู้ให้การปรึกษา และความไว้วางใจจากผู้รับการปรึกษา