

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อศึกษาความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อที่มีต่อแพทย์ผู้ดูแลรักษา ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากคำถามการวิจัยเป็นการเรียนรู้ถึงประสบการณ์ ความคิดและความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อแพทย์ กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถช่วยให้ผู้วิจัยเข้าไปรับรู้ประสบการณ์ในส่วนนี้ได้โดยปราศจากกรอบที่จะปิดกั้นการรับรู้อย่างแท้จริง แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะต้องทำตนเองให้ว่างจากกรอบแนวคิด ผู้วิจัยก็จำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานประกอบการวิจัยเพื่อช่วยให้เกิดความชัดเจนและสามารถลงไปในรายละเอียดของประสบการณ์เหล่านั้นได้ดียิ่งขึ้น และยังสามารถเทียบเคียงกับข้อมูลหรือองค์ความรู้ที่มีอยู่เพื่อความเข้าใจที่กว้างขวางและลึกซึ้ง

ความรู้พื้นฐานที่ผู้วิจัยได้ทบทวนประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลเบื้องต้น ประวัติความเป็นมาและระบาดวิทยาของโรค ลักษณะอาการ การวินิจฉัยและการรักษา ผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ติดเชื้อในด้านสังคมและจิตใจ
2. แนวคิดด้านบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ทักษะพื้นฐานของผู้ให้การปรึกษา การปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือด บทบาทของแพทย์และนักจิตวิทยาการปรึกษาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. แนวคิดเรื่องความไว้วางใจที่เป็นทฤษฎีและงานวิจัยที่มีผู้วิจัยในอดีต เป็นความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์และสถาบันการแพทย์
4. แนวคิดเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งในส่วนทฤษฎี ขั้นตอนการวิจัย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ การวิจัยเพื่อศึกษาความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ เป็นการศึกษาในผู้ป่วยทั่วไป ส่วนที่สองเป็นงานวิจัยสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมและจิตใจต่อผู้ติดเชื้อ และงานวิจัยที่ศึกษาปฏิสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อกับบุคลากรทางการแพทย์หรือแพทย์

ข้อมูลความรู้พื้นฐานดังกล่าวจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อได้ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย และสามารถถ่ายทอดข้อมูลที่ได้รับถูกต้องและเหมาะสมตามแนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

1.1 ข้อมูลเบื้องต้น ประวัติความเป็นมาและระบาดวิทยาของโรค

โรคเอดส์(AIDS) หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นคำที่ย่อมาจากชื่อโรคเต็มคือ Acquired immunodeficiency syndrome เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี(HIV ย่อมาจาก human immunodeficiency virus) เชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อจากบุคคลสู่บุคคลโดยผ่านทางน้ำคั่งหลังของผู้ที่มีเชื้อ ปัจจุบันการติดเชื้อพบได้ 3 ช่องทางคือ ทางเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นช่องทางการติดเชื้อที่พบมากที่สุด ทางเลือดซึ่งอาจเกิดจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด จากการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด หรือจากการปลูกถ่ายอวัยวะ และช่องทางสุดท้ายจากการมารดาสู่ทารกในครรภ์ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่รับเชื้อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันไม่พบการติดเชื้อจากการอยู่ร่วมบ้านหรือใกล้ชิดกัน จึงมีการรณรงค์ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมบ้านและทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อโดยไม่ต้องกังวลว่าจะติดเชื้อ

เชื้อไวรัสเอชไอวีเมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะจับเฉพาะเซลล์ที่มีลักษณะจำเพาะที่ไวรัสสามารถเข้าไปจับที่ผิวเซลล์แล้วปล่อยสารพันธุกรรมของไวรัสเข้าไปได้เท่านั้น ที่สำคัญที่สุดก็คือเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดทีลิมโฟไซต์ที่มีชื่อว่า CD4 ซึ่งเม็ดเลือดขาวชนิดนี้มีหน้าที่สำคัญในการควบคุมและสั่งการเม็ดเลือดขาวชนิดอื่นในการสร้างภูมิคุ้มกันโรค และป้องกันการติดเชื้อจากจุลินทรีย์ก่อโรค เมื่อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่เม็ดเลือดขาวก็จะเข้าไปควบคุมกิจกรรมทั้งหมดภายในเซลล์ ควบคุมสั่งการให้มีการสร้างไวรัสตัวใหม่ขึ้นมา เมื่อมีการสร้างไวรัสในปริมาณมาก เซลล์เม็ดเลือดขาวนั้นก็จะสลายตัวปลดปล่อยไวรัสเข้าสู่กระแสเลือดเข้าไปเกาะเกี่ยวเม็ดเลือดขาวเซลล์ใหม่ แล้วเริ่มกระบวนการสร้างไวรัสแบบเดิมขึ้นมาอีก เมื่อเวลาผ่านไปเซลล์ CD4 มีปริมาณลดลง ภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดนี้ในการสั่งการจึงบกพร่องไป โรคติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งถ้าเป็นในยามที่ร่างกายมีภูมิคุ้มกันปกติ โรคในกลุ่มนี้จะไม่สามารถก่อโรคได้ แต่เมื่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องไป ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจึงมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเหล่านี้เพิ่มขึ้น โรคติดเชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้เป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ ไม่ใช่จากไวรัสเอชไอวีโดยตรง

รายงานแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นเมื่อปีค.ศ. 1981 มีการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อ pneumocystis carinii จำนวน 5 รายในเอกสารรายงานประจำสัปดาห์ของศูนย์ควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นชายรักร่วมเพศที่อายุน้อย ปอดอักเสบจากเชื้อดังกล่าวพบได้น้อยมากในประชากรปกติ สิ่งที่สร้างความประหลาดใจให้กับแพทย์ผู้ดูแลในขณะนั้นคือ ผู้ป่วยทั้งหมดมีสัดส่วนของเม็ดเลือดขาวชนิดทีลิมโฟไซต์ที่ผิดปกติ จากข้อมูลในระยะแรกสรุปว่าสาเหตุอาจเป็นจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ชื่อว่า cytomegalo virus หลังจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่ครั้งนั้นครอบคลุมกลุ่มประชากรในวงกว้าง เช่นชนกลุ่มน้อยชาวไฮติ ผู้ที่เคยได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นผู้ป่วย ผู้ต้องขังในเรือนจำ มีทฤษฎีและความเป็นไปได้ต่างๆถูกเสนอขึ้นมามากมายเพื่ออธิบายถึงสิ่งที่น่าจะเป็นสาเหตุ เช่นมีความเชื่อว่าโรคนี้เป็น

การลงทะเบียนสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงบนทางเพศและผู้ที่ใช้ยาเสพติด จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1983-1984 สามารถค้นพบเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของอาการป่วยเหล่านี้ได้ ชื่อในครั้งแรกที่ใช้คือไวรัส HTLV-III แต่ต่อมาภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็นไวรัส HIV ซึ่งถือเป็นการค้นพบโรคและไวรัสก่อโรคชนิดใหม่

หลังจากนั้นไวรัสเอชไอวีได้แพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกที่ต้องป่วยและตายเป็นจำนวนมาก องค์การสหประชาชาติได้จัดตั้ง UNAIDS เพื่อให้เป็นหน่วยงานเฉพาะในการทำหน้าที่ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรค การระบาดในประเทศไทยเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1984 มีรายงานผู้ป่วยชายรายแรกที่เดินทางกลับมาจากประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นเอชไอวีก็ได้แพร่กระจายไปทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว จากรายงานของกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข ประมาณการว่าในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 700,000 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีจำนวน 30,000 รายต่อปี ผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตไปแล้วมีจำนวนทั้งหมดประมาณ 300,000 ราย เมื่อดูจากสัดส่วนประชากร พบว่าชายไทยประมาณร้อยละ 2 และหญิงไทยร้อยละ 1 ติดเชื้อเอชไอวี แต่ละปีประชากรไทยประมาณ 50,000 คนเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยแรงงาน การติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของสังคมไทย ส่งผลกระทบต่อทุกระดับของสังคมตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับประเทศ แม้จะมีการณรงค์จากหลายหน่วยงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนมากทุกปี ถ้าไม่ส่งเสริมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพการระบาดของโรคอาจทวีความรุนแรงขึ้นได้ในอนาคต

1.2 ลักษณะและอาการของโรค

หลังจากที่รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย ในระยะแรกเชื้อไวรัสจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ในระยะนี้ร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สามารถปรับตัวเพื่อควบคุมปริมาณไวรัสได้ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการคล้ายอาการของไข้หวัดใหญ่ มีไข้สูง หนาวสั่น ต่อมน้ำเหลืองโต อาจมีผื่นแดงตามตัว ในระยะนี้เรียกว่าการติดเชื้อปฐมภูมิ (primary HIV infection) ถ้าวัดปริมาณไวรัสในระยะนี้จะมีปริมาณที่สูงมาก และถ้าตรวจวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 จะพบว่าปริมาณลดลงอย่างมากเช่นกัน อาการที่เกิดขึ้นมีระยะเวลาดั้งแต่สัปดาห์หรือเป็นเดือน เมื่อภูมิคุ้มกันของร่างกายปรับตัวได้ก็จะสามารถควบคุมปริมาณไวรัสไม่ให้เพิ่มจำนวน ในระยะนี้ร่างกายจะสร้างภูมิต้านทานต่อไวรัสเอชไอวีในน้ำเหลือง (HIV antibody) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 เดือนหลังจากได้รับเชื้อ ในการวินิจฉัยโรคด้วยวิธีมาตรฐานใช้การตรวจพบภูมิต้านทานต่อไวรัสในน้ำเหลือง (HIV antibody) เป็นการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี นั่นคือหลังจากรับเชื้อไวรัสแล้วจะสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องอาจใช้เวลาถึง 3 เดือน ในระยะแรกของการรับเชื้อจะไม่สามารถตรวจพบได้ ดังนั้นระยะเวลาก่อนการรับเชื้อจนถึงระยะที่ผลตรวจเลือดเป็นบวกจะเป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นโดยที่ตนเองไม่ทราบว่ามีการรับเชื้อไวรัสในร่างกาย ระยะนี้เรียกว่า window period หลังจากที่ยังไม่สามารถควบคุมไวรัสได้บางส่วนแล้ว เชื้อไวรัสเอชไอวีก็ยังคงทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวต่อไป ร่างกายพยายามปรับตัวที่จะผลิตเม็ดเลือดขาวให้ทันกับที่ถูกทำลาย ระยะนี้ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการแสดง แต่เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ถูกทำลายและลดลงตลอดเวลาอย่างช้าๆ โดยทั่วไประยะนี้ใช้เวลา

ประมาณ 8-10 ปี ช่วงเวลาดังกล่าวผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการแสดงทางร่างกายแต่สามารถแพร่เชื้อไวรัสให้ผู้อื่นได้ตลอดเวลา จนเมื่อระดับของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลงต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตรจึงเริ่มแสดงอาการ ซึ่งอาจเป็นจากไวรัสเอชไอวีหรือจากการติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น เช่น ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา เมื่อมีความเจ็บป่วยผู้ติดเชื้อต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์ และมักได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีในขณะนี้ แต่กว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อมีเวลาในการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นนานกว่า 8-10 ปี เนื่องจากเป็นโรคที่ใช้เวลานานกว่าจะแสดงอาการเอชไอวีจึงยากต่อการหยุดยั้งการแพร่กระจาย

อาการแสดงของผู้ติดเชื้อแตกต่างกันออกไปขึ้นกับโรคฉวยโอกาสและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยทั่วไปสามารถแบ่งอาการของผู้ติดเชื้อออกเป็น 4 ระยะคือ

1.2.1 การติดเชื้อไวรัสระยะแรก (primary infection หรือ acute retroviral syndrome) เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อได้รับเชื้อจนร่างกายสร้างภูมิต้านทานในน้ำเหลือง มักแสดงอาการในเวลา 1-6 สัปดาห์หลังรับเชื้อ อาการที่พบบ่อยคือ ไข้สูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผื่นแดงขึ้นตามตัว ต่อม้ำน้ำเหลืองโต อาการเหล่านี้ดีขึ้นเอง ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไปพบแพทย์หรือทำการรักษาโดยเข้าใจว่าเป็นไข้หวัดธรรมดา การวินิจฉัยโรคในระยะนี้ทำได้ยาก เพราะอาการแสดงไม่แตกต่างจากโรคอื่น

1.2.2 การติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ (latent phase) ระยะนี้ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการร่างกายเป็นปกติ ปริมาณไวรัสในร่างกายมีจำนวนคงที่ เพราะถูกควบคุมโดยระบบภูมิคุ้มกัน แต่จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ลดลงอย่างช้าๆ ตลอดเวลา ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่ามีเชื้อไวรัสในร่างกาย ระยะนี้สามารถให้การวินิจฉัยโดยตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเอชไอวีในน้ำเหลืองจะพบผลเป็นบวก ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่นผ่านเลือดหรือน้ำคัดหลั่ง ระยะนี้อาจใช้เวลานานถึง 15 ปี แต่โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 8-10 ปี จึงจะเข้าสู่ระยะที่สาม

1.2.3 ระยะติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex) เริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์ เช่น มีไข้เป็นๆหายๆ น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มักจะลดลงเกินกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม ท้องเสียเรื้อรัง เป็นนุสวัด มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่ง พบฝ้าขาวบริเวณด้านข้างของลิ้น (oral hairy leukoplakia) อาการแสดงในระยะนี้เกิดจากระดับภูมิคุ้มกันที่ลดลงจนเกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน และเมื่อภูมิคุ้มกันลดต่ำลงจนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์ มิลลิเมตร ผู้ติดเชื้อก็จะเข้าสู่การป่วยระยะที่ 4

1.2.4 ระยะป่วยเป็นเอดส์ (AIDS) ระยะนี้ผู้ติดเชื้อมีอาการป่วยจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ร้ายแรง เช่น ปอดอักเสบจากเชื้อ pneumocystis carinii เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา cryptococcus neoformans ติดเชื้อราในช่องปากและหลอดอาหาร ติดเชื้อไวรัสชนิด cytomegalovirus ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการทางสายตาอย่างถาวรในผู้ติดเชื้อ เป็นมะเร็งผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง หรืออาจมีอาการผิดปกติของสมองจนแสดงอาการคล้ายผู้ป่วยโรคจิตได้

1.3 การวินิจฉัยและการรักษาโรค

ในการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใช้การตรวจเลือดเท่านั้น ไม่สามารถใช้อาการทางคลินิกในการวินิจฉัย ในการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อมี 2 วิธีคือ

1.3.1 ตรวจหาภูมิคุ้มกันในน้ำเหลือง (HIV antibody) สามารถตรวจพบหลังจากรับเชื้อไปแล้ว 3-12 สัปดาห์ เมื่อตรวจด้วยวิธีคัดกรองผลเป็นบวก ต้องตรวจยืนยันอีกอย่างน้อยหนึ่งครั้งด้วยวิธีการตรวจที่แตกต่างจากวิธีแรก หรือตรวจยืนยันด้วยวิธีเวสต์เทิร์นบลอต เมื่อผลการตรวจทั้ง 2 ครั้งตรงกันจึงให้การวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

1.3.2 ตรวจหาส่วนประกอบของไวรัส (antigen) เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยตรงในกระแสเลือด ตรวจพบได้หลังจากรับเชื้อไปแล้วประมาณ 2-6 สัปดาห์ มักไม่แนะนำวิธีนี้เพราะอาจเกิดความผิดพลาดได้ง่ายกว่าการตรวจด้วยวิธีแรกและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า

หลังจากผ่านการตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อจะเริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษา เริ่มจากการประเมินระดับภูมิคุ้มกัน ตรวจวินิจฉัยค้นหาโรคฉวยโอกาส สำหรับประเทศไทยการเริ่มยาด้านไวรัสพิจารณาจากระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และจากอาการของผู้ติดเชื้อ ถ้ามีอาการที่เข้าได้กับระยะที่เป็นเอดส์ เช่น ป่วยด้วยปอดอักเสบจากเชื้อ *pneumocystis carinii* ติดเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง แนะนำให้เริ่มยาด้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงระดับภูมิคุ้มกัน แต่ถ้าไม่มีอาการป่วยที่บ่งบอกระยะที่เป็นเอดส์ พิจารณาระดับของเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ถ้าต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ก็เริ่มยาด้านไวรัสเช่นกัน สิ่งสำคัญที่สุดก่อนเริ่มยาด้านไวรัสก็คือความพร้อมและการตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตรงเวลาและสม่ำเสมอตลอดชีวิต เป้าหมายในการรักษาคือควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุดเป็นเวลานานที่สุด และพยายามให้ระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 กลับคืนสู่ระดับปกติ

เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการประเมินว่าจำเป็นและมีความพร้อมในการรับยาด้านไวรัส แพทย์จะจัดสูตรยาที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลข้างเคียงของยาและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อ โดยพยายามจัดสูตรยาที่เหมาะสมและสอดคล้อง มีผลข้างเคียงน้อย เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อรับประทานยาได้ตรงตามเวลาและสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ หลักการจัดสูตรยาในปัจจุบันต้องมียาด้านไวรัสอย่างน้อย 3 ชนิดในสูตรเดียวกันเพื่อลดโอกาสที่จะเกิดไวรัสดื้อยา การผสมผสานสูตรยาแต่ละสูตรแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม หลังจากที่ได้รับยาไประยะหนึ่งจะมีการติดตามผลการรักษาโดยการวัดระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 และวัดปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) เพื่อประเมินผลการรักษาและติดตามการดื้อยา ผู้ติดเชื้อจะต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรับยาด้านไวรัสและรับการตรวจเลือดเป็นระยะๆ ตลอดชีวิต

1.4 ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อทางด้านสังคมและจิตใจ

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่รู้ผลเลือดเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษา ภูมิคุ้มกันในระยะนี้มักลดต่ำลงมาก เป็นช่วงเวลาที่ต้องเริ่มยาด้านไวรัส ระยะนี้ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญทั้งความทุกข์ทรมานทางกาย ผลกระทบจากสังคมที่มีต่อจิตใจ และยังอาจต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากกระบวนการรักษา ผู้ติด

เชื้ออีกส่วนหนึ่งซึ่งมีจำนวนน้อยกว่ารับรู้ผลเลือดในขณะที่ยังไม่มีอาการ ภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับสูง ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้มักมาโรงพยาบาลด้วยความจำเป็นอื่น และจำเป็นต้องตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เช่นผู้ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ พนักงานใหม่ที่บริษัทกำหนดให้ต้องตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ยังคงไม่ต้องเริ่มยาต้านไวรัส สุขภาพปกติ เพียงแต่ต้องเผชิญกับผลกระทบต่อจิตใจจากสังคมรอบข้าง หลังจากรับรู้ผลเลือด ผู้ติดเชื้อเกิดความเครียดและรู้สึกหดหู่เมื่อรู้ว่าตนต้องตกอยู่ในสถานภาพของผู้ติดเชื้อไปตลอดชีวิต ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิต รับรู้ว่าชีวิตคงเหลือเวลาอีกไม่นานนัก แม้จะตระหนักว่ามียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพแต่ข้อมูลเดิมในอดีตว่าเอดส์เป็นแล้วต้องตายก็ยังคงติดค้างอยู่ในความทรงจำ ความฝันและความหวังที่เคยมีสูญสลายลง สิ่งที่ทำร้ายความรู้สึกมากที่สุดเป็นความหวาดกลัวต่อการรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว เพื่อนสนิทและบุคคลในที่ทำงาน กังวลว่าตนจะอยู่ร่วมกับบุคคลเหล่านี้ต่อไปอย่างไร สำหรับผู้ติดเชื้อที่มีครอบครัวยังเกิดความกลัวและห่วงใยสมาชิกในครอบครัวว่าอาจรับเชื้อจากตน ต้องการปกปิดผลเลือดแต่ต้องรับประทานยาตรงเวลาตลอดชีวิตจะปิดบังได้หรือไม่ ความกังวลใจเหล่านี้เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อขณะที่รับรู้ผลเลือดจนบางรายเกิดอาการซึมเศร้า ปฏิเสธผลเลือด และคิดทำร้ายตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ต้องเผชิญ ดังนั้นความช่วยเหลือทางด้านสังคมและจิตใจจึงสำคัญไม่น้อยกว่าการรักษาทางกาย เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถผ่านพ้นวิกฤตของชีวิตในครั้งนี้ไปได้

2. แนวคิดด้านบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV counseling)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจากสังคม หลังจากรับรู้ผลเลือดผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองมีไขบุคคลปกติเช่นเดิม เก็บตัว หลีกหนีสังคม ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ การปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อยอมรับกับผลเลือดและช่วยจัดการปัญหาที่ตามมาจากการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ติดเชื้อกลับสู่วิถีชีวิตเดิมของตนได้ และยังช่วยให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น (UNAIDS, 1997)

ถึงแม้ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อจะได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต แต่ผู้ติดเชื้อเองก็ยังคงหวาดกลัวต่อการแสดงความรังเกียจจากบุคคลอื่น ในกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยาผู้รับบริการปรึกษาจำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลบางประการที่อาจเป็นความลับ จึงต้องมีความไว้วางใจผู้ให้การปรึกษาเป็นพื้นฐาน เพื่อให้กระบวนการปรึกษาประสบความสำเร็จผู้ให้การปรึกษามีทักษะพื้นฐานและมีหัวใจของผู้ให้การปรึกษา นั่นคือ การยอมรับผู้รับบริการปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไขทางบวก ยอมรับในตัวผู้รับบริการปรึกษาอย่างแท้จริง แม้พฤติกรรมอาจไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ผู้ให้การปรึกษาก็พร้อมที่จะยอมรับและให้บริการอย่างจริงใจ ประการที่สอง ไม่ตัดสิน ไม่ทำหน้าที่เป็นพระหรือผู้พิพากษาในการตัดสินพฤติกรรม ไม่ตัดสินถูกผิดชั่ว ประการที่สาม ไม่แสดงการแบ่งแยก กีดกัน ให้บริการปรึกษาด้วยท่าทีที่เสมอภาค เท่าเทียม ไม่ว่าผู้รับบริการปรึกษาจะเป็นเพศใด หรือมีรสนิยมทางเพศแบบใด หัวใจของผู้รับบริการปรึกษาเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการปรึกษา เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นภายในใจของผู้ให้การ



ปฏิกิริยาจะแสดงออกให้ผู้รับการศึกษารับรู้ ซึ่งส่งผลต่อความไว้วางใจของผู้รับการปฏิกิริยา หัวใจของผู้ให้
การปฏิกิริยาจะช่วยให้การใช้ทักษะพื้นฐานในกระบวนการปฏิกิริยาประสบความสำเร็จ

2.1 ทักษะพื้นฐานของผู้ให้การศึกษา

บริการการศึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเป็นการสนทนาระหว่างผู้ให้และผู้รับการปฏิกิริยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดจากการติดเชื้อ ผู้ให้บริการปฏิกิริยาเป็นผู้ให้ทักษะเพื่อช่วยค้นหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ทักษะพื้นฐานที่ผู้ให้การศึกษาจำเป็นต้องมีประกอบด้วย

2.1.1 ทักษะแสดงความรู้สึก (attending skills) เป็นทักษะที่ผู้ให้การศึกษาแสดงให้ผู้รับการปฏิกิริยาเห็นถึงความใส่ใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยถึงปัญหาและข้อมูลที่แท้จริง การแสดงความรู้สึกเป็นภาษาที่สื่อให้ผู้รับการศึกษารับรู้ถึงความใส่ใจจากผู้ให้การศึกษา

2.1.2 ทักษะการฟัง (listening) การฟังเป็นการที่ผู้ให้การศึกษาได้รับรู้ข้อมูลจากผู้รับการปฏิกิริยา เป็นการรับรู้ทั้งในส่วนของภาษาพูดและภาษาทัก เพื่อให้อาจรับรู้ทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาอารมณ์และความรู้สึกของผู้รับการปฏิกิริยา

2.1.3 ทักษะการถาม เป็นการที่ผู้ให้การศึกษาใช้คำถาม เพื่อสำรวจและยืนยันข้อมูลของผู้รับการปฏิกิริยา ควรใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีรายละเอียด แต่ไม่ควรถามมากเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้รับการศึกษารู้สึกคล้ายถูกสอบสวน เกิดความอึดอัด

2.1.4 ทักษะการสะท้อนความรู้สึก ในกระบวนการปฏิกิริยาเชิงจิตวิทยานี้เน้นการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ จิตใจ ผู้ให้การศึกษาต้องสามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้รับการปฏิกิริยาแล้วแสดงการรับรู้นั้นผ่านทางท่าทีและคำพูด เพื่อแสดงความเข้าใจและเพื่อให้ผู้รับการปฏิกิริยาตระหนักในความรู้สึกของตน

2.1.5 ทักษะการสรุป เป็นการที่ผู้รับการปฏิกิริยาสรุปเนื้อหาของผู้ให้การศึกษาเป็นระยะ การสรุปมักใช้ในกรณีที่ผู้รับการปฏิกิริยาให้ข้อมูลเป็นจำนวนมาก และในขณะยุติการให้บริการ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและความเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับการปฏิกิริยา

2.2 ขั้นตอนการให้บริการ

ในการให้บริการการศึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยขั้นตอนในการให้บริการรวมทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน คือ

2.2.1 ทักทาย สนทนาเพื่อคลายความกังวลของผู้รับการปฏิกิริยา ในระยะแรกของการสนทนาผู้รับการปฏิกิริยาอาจเกิดความกังวลและไม่คุ้นเคยกับผู้ให้การศึกษา ควรทักทายและชวนสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อน เช่น อาจซักถามถึงการเดินทางว่าเป็นอย่างไร มีความยุ่งยากหรือไม่ และเมื่อพบว่าผู้รับการปฏิกิริยาคลายความกังวลและรู้สึกผ่อนคลายจึงเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

2.2.2 ตกลงบริการการศึกษา ผู้ให้การศึกษาชี้แจงให้ทราบถึงกระบวนการปฏิกิริยาบทบาทของผู้ให้และผู้รับการปฏิกิริยา วัตถุประสงค์ ประเด็นในด้านการเก็บรักษาความลับ

2.2.3 เปิดประเด็น เมื่อผู้รับการปฏิกิริยาเข้าใจกระบวนการปฏิกิริยาแล้ว ผู้ให้การศึกษาเริ่มเปิดประเด็นของกระบวนการปฏิกิริยา โดยอาจใช้คำถามปลายเปิด

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดงานวิจัย	
วันที่	30 พ.ค. 2555
เลขทะเบียน	246624
เลขเรียกหนังสือ	

2.2.4 **สำรวจปัญหา** เมื่อเริ่มเข้าสู่กระบวนการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อสำรวจปัญหาของผู้รับการปรึกษา ในขั้นตอนนี้เป็นการสำรวจเพื่อหาปัญหาที่แท้จริงของผู้รับการปรึกษา ซึ่งอาจไม่ใช่ปัญหาแรกที่นำมาพบผู้ให้การปรึกษา

2.2.5 **ทำความเข้าใจปัญหา** เมื่อค้นพบปัญหาทั้งหมดแล้วผู้ให้และผู้รับการปรึกษาจะนำปัญหาทั้งหมดมาจัดลำดับ ทำความเข้าใจ เพื่อคัดเลือกปัญหาที่สำคัญที่สุด

2.2.6 **แก้ไขปัญหา** ผู้ให้และผู้รับการปรึกษานำปัญหาที่คัดเลือกมาแก้ไขร่วมกัน

2.2.7 **ยุติบริการ** เมื่อค้นพบแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้ให้การปรึกษาส่งสัญญาณของการยุติการปรึกษา สิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกัน ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาอาจมีการนัดหมายหรือส่งต่อผู้รับการปรึกษาไปยังหน่วยงานอื่นเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.3 การให้การปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือด

การติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างจากโรคภัยร้ายแรงอื่น เพราะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคมอย่างรุนแรง เพื่อลดผลกระทบดังกล่าวก่อนและหลังตรวจเลือดจึงต้องมีกระบวนการปรึกษาเชิงจิตวิทยา ในการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดนั้นเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้รับการปรึกษาให้สามารถเผชิญหน้ากับความเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นถ้าผลเลือดเป็นบวก การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เป็นความร่วมมือระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผลเลือด เมื่อรับรู้ผลเลือดบวกผู้ติดเชื้อมักต้องการเก็บผลเลือดเป็นความลับ ผู้ให้การปรึกษาจึงอาจเป็นบุคคลเดียวที่ผู้ติดเชื้อสามารถสนทนาได้อย่างสนิทใจ และอาจเป็นบุคคลเดียวที่สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น

2.3.1 **การให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด (Pre-test counseling)** มีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผลเลือดที่เป็นบวก ช่วยให้ผู้รับการตรวจเลือดยอมรับผลเลือดได้รวดเร็วขึ้น ในการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดผู้รับการปรึกษาต้องประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อของตน ทบทวนพฤติกรรมในอดีต อาจเป็นพฤติกรรมด้านเพศ การใช้ยาเสพติด หรือพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาตระหนักและป้องกันโอกาสที่จะรับเชื้อในอนาคต

การปรึกษาก่อนตรวจเลือดมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

ก. **สำรวจเหตุผลในการตรวจเลือด** ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นผู้ใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อสำรวจเหตุผลในการตรวจเลือดครั้งนี้ เป็นความต้องการของผู้รับการปรึกษาเองหรือของผู้อื่น ตรวจเลือดเพราะต้องใช้ในการสมัครงานหรือทำประกันชีวิต ตรวจเพราะต้องการยืนยันผลที่เคยตรวจมาแล้ว มีอาการแสดงที่สงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ เหตุผลในการตรวจเลือดจะช่วยให้ผู้ให้การปรึกษากำหนดแนวทางการปรึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข. **ประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อของผู้รับการปรึกษา** เป็นการประเมินโอกาสที่ผู้รับการปรึกษาจะรับเชื้อ โดยพิจารณาจากพฤติกรรมและความถี่ของพฤติกรรมเสี่ยง ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การปรึกษาต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้รับการปรึกษาก่อน เพราะต้องประเมินพฤติกรรมทางเพศในอดีตว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ ในปัจจุบันการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ทราบผลเลือดเอชไอวีโดยไม่ได้อุปกรณ์

ถือเป็นความเสี่ยง เพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายมีความเสี่ยงมากกว่าปรกติ นอกจากพฤติกรรมทางเพศ แล้วผู้ให้การศึกษายังต้องประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด ความเสี่ยงจากการได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด

ค. ประเมินความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับการติดเชื้อและเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้ให้การศึกษาประเมินว่าผู้รับการศึกษามีความรู้และความเชื่อเรื่องการติดเชื้ออย่างไร ถ้าเป็นความรู้หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น เชื่อว่าเป็นแล้วต้องเสียชีวิต ไม่มีทางรักษา ต้องแก้ไขและให้ข้อมูลที่ถูกต้องในด้านเพศสัมพันธ์เช่นกัน ถ้ามีความรู้ที่ไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อ ผู้ให้การศึกษาต้องแก้ไขและปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง

ง. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเลือด ผู้ให้การศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเลือด อธิบายความหมายของผลเลือดบวกและลบ แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ที่เป็นเอดส์ อธิบายขั้นตอนและกระบวนการในการตรวจรวมทั้งความน่าเชื่อถือของผลตรวจ

จ. ประโยชน์ของการตรวจเลือดและการคาดการณ์ถึงผลเลือดของตน ในขั้นตอนนี้ผู้ให้การศึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นถึงประโยชน์ของการตรวจเลือด ถ้าผลเลือดเป็นบวกสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็ว ผลเลือดเป็นลบก็จะคลายความกังวลและลดพฤติกรรมเสี่ยงลง แต่ในอีกด้านหนึ่งผลเลือดที่เป็นบวกก็จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและจิตใจ ผู้ให้การศึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาประเมินผลเลือดของตนว่ามีโอกาสเป็นบวกหรือไม่ และถ้าผลเป็นบวกจะมีผลกระทบต่อตนในด้านไหนบ้าง จะวางแผนในการแก้ไขกระทบที่เกิดขึ้นอย่างไร

ฉ. การตัดสินใจในการตรวจเลือด ผู้รับการปรึกษาจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะรับการตรวจเลือดหรือไม่ ในกรณีที่ยังไม่สามารถรับผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้รับการปรึกษาอาจเปลี่ยนใจไม่รับการตรวจเลือด ผู้ให้การศึกษาควรให้การยอมรับ แต่ให้เน้นในการลดพฤติกรรมเสี่ยง แต่ถ้าตัดสินใจรับการตรวจเลือดผู้ให้การศึกษาจะแนะนำขั้นตอนในการตรวจรวมทั้งระยะเวลาที่ต้องรอผลเลือด

2.3.2 การให้การศึกษาหลังตรวจเลือด (Post-test counseling) ถึงแม้การให้การศึกษา ก่อนและหลังตรวจเลือดจะเป็นสองกระบวนการที่แยกจากกัน แต่ก็มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก การให้การศึกษา ก่อนตรวจเลือดที่ดีจะช่วยลดผลกระทบจากผลเลือดที่เป็นบวก ผู้ให้การศึกษาควรเป็นบุคคลเดิมเพราะสัมพันธ์ภาพที่เกิดขึ้นแล้วจะช่วยให้การปรึกษาหลังตรวจเลือดทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ ผลเลือดที่ได้รับอาจเป็นผลเลือดบวกหรือลบ การให้การปรึกษามีความแตกต่างกัน

การให้การศึกษากรณีผลเลือดลบ ผลเลือดที่เป็นลบทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับการปรึกษาเกิดความสบายใจ แต่ผลเลือดลบอาจทำให้ผู้รับการปรึกษาไม่ตระหนักในพฤติกรรมเสี่ยงของตน ในกรณีนี้ผู้ให้การศึกษาต้องย้ำถึงการลดพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อในอนาคต ผู้ให้การศึกษาต้องตระหนักว่าอาจเป็นเพียงโอกาสเดียวที่ผู้รับการปรึกษาจะได้สนทนาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของตนกับบุคคลอื่น จึงควรใช้โอกาสนี้ในการช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้รับการปรึกษา

การให้การปรึกษากรณีผลเลือดบวก การแจ้งผลเลือดบวกแก่ผู้รับการปรึกษาเป็นภาระที่หนักของผู้ให้การปรึกษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นจะรุนแรงหรือไม่ก็ขึ้นกับการให้การปรึกษาก่อนและหลังตรวจเลือด ถ้ามีการเตรียมใจและมีแนวทางแก้ไขเป็นอย่างดี ผู้รับการปรึกษาจะผ่านพ้นช่วงเวลานี้ไปได้ เมื่อผลเลือดบวก ควรแจ้งผลในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว และควรมีเวลาเพียงพอในการแจ้งผล การแจ้งผลเลือดควรเริ่มจากทบทวนสิ่งที่ได้สนทนาในการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และแนวทางแก้ไขที่ได้เตรียมไว้ การแจ้งผลเลือดผู้ให้การปรึกษาควรมีท่าทีสงบ แจ้งผลเลือดโดยตรงไปตรงมา ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ควรให้ความหวังที่ไม่เป็นจริง เช่นผลเลือดอาจผิดพลาดได้ อาจตรวจผิดคน หลังจากแจ้งผลแล้วผู้ให้การปรึกษาควรใช้เวลาเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ซึมซับกับข่าวร้าย แล้วแสดงความเข้าใจกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยท่าทีนุ่มนวลและอบอุ่น ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ข่าวร้ายคือ ช็อค ปฏิเสธ โกรธ มีท่าทีกระวนกระวาย ซึมเศร้า ไม่ยอมรับผลเลือด บางรายอาจรู้สึกโล่งใจ ผู้ให้การปรึกษาต้องยอมรับปฏิกริยาที่แตกต่างกันนี้ด้วยท่าทีสงบ เมื่อประเมินว่าสามารถเริ่มการสนทนาได้ ผู้ให้การปรึกษาควรประเมินถึงความกลัวและความรู้สึกจากการรับรู้ผลเลือด ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และร่วมมือกับผู้รับการปรึกษาในการหาแนวทางแก้ไข เมื่อเริ่มคลายความกังวลและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ควรสอบถามถึงสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาจะทำในวันนี้และในระยะเวลาอันใกล้ ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองและผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้รับการปรึกษาต้องการ หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลในการเข้าสู่กระบวนการรักษาและนัดหมายเพื่อติดตามผล

การให้การปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องเพราะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตน ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น เมื่อผลเลือดบวกช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจิตใจและช่วยให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่กระบวนการรักษาได้รวดเร็ว เอชไอวีมีโรคที่ส่งผลร้ายทางกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลร้ายแรงต่ออารมณ์และจิตใจ การดูแลรักษาจึงต้องกระทำควบคู่กันทั้งกายและจิตใจ ผู้ให้การปรึกษาและแพทย์จึงต้องทำงานเคียงคู่กันเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อกลับสู่สังคมและครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์พร้อมทั้งกายและใจ

2.4 บทบาทของแพทย์และนักจิตวิทยาการปรึกษาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยสามารถให้บริการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ และมีการส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปเข้ารับการตรวจเลือดโดยสมัครใจ เพื่อการวินิจฉัยโรคในระยะแรกและการป้องกันการแพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น เมื่อบุคคลตัดสินใจเข้ารับการตรวจเลือด แพทย์จะเป็นผู้ประเมินความเสี่ยงและสังเกตตรวจ ผู้รับการตรวจเลือดจะถูกส่งเข้ารับการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด (Pre-test counseling) ซึ่งควรกระทำโดยนักจิตวิทยาการปรึกษา แต่ในปัจจุบันสถานพยาบาลส่วนใหญ่พยาบาลซึ่งได้รับการอบรมในหลักสูตรการให้การปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ทำหน้าที่ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาประเมินและตระหนักในความเสี่ยงของตน เตรียมพร้อมกับผลเลือดที่อาจเปลี่ยนแปลงชีวิต เมื่อผู้รับการปรึกษาพร้อมจะถูกส่งไปรับการตรวจเลือดยังห้องปฏิบัติการ ผลเลือดจะส่งกลับมายังผู้ให้การปรึกษาซึ่งจะให้การปรึกษาลงการตรวจเลือด ในกรณีผลเลือดเป็นลบ ผู้รับการปรึกษาจะได้รับความรู้ในการป้องกันตนเอง ยุติการบริการ แต่สำหรับผล

เลือดบวก หลังจากช่วยให้ผู้รับการปรึกษายอมรับกับผลเลือดได้แล้ว ได้รับข้อมูลในการรักษาที่ถูกต้อง ผู้ติดเชื้อใหม่จะถูกส่งต่อมารับการตรวจกับแพทย์ที่รับผิดชอบ เริ่มกระบวนการประเมินระดับภูมิคุ้มกันและให้ยาต้านไวรัส

ขั้นตอนการให้บริการนี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละสถานพยาบาล จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ให้การรักษาและแพทย์ต้องทำหน้าที่ประสานและเคียงข้างกันเพื่อให้การดูแลครบถ้วนทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อผ่านวิกฤตการณ์นี้ไปได้โดยไม่เสียสูญเสียเวลากับภาวะทางอารมณ์จิตใจ กลับสู่สังคมและการทำหน้าที่ของตนได้อย่างรวดเร็ว

3. แนวคิดเรื่องความไว้วางใจ

Parson (1951 อ้างถึงใน Hardy, 1988) เป็นนักสังคมวิทยาคนแรกที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นแนวคิดในทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functional theory) (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2545) ทฤษฎีนี้เสนอว่าในระบบสังคม (social system) จะต้องมีผู้รับผิดชอบแสดงบทบาทที่สังคมต้องการ เพื่อตอบสนองความจำเป็นของระบบ ควบคุมและจัดการให้สังคมเป็นระเบียบ หลีกเลี่ยงจากความสับสน บุคคลที่แสดงบทบาทผ่านการกระทำบ่อยครั้งจะเกิดเป็นการกระทำที่ถาวร การกระทำที่ถาวรระหว่างบุคคลตามสถานภาพก็จะกลายเป็นสถาบัน (institution) กลุ่มของสถาบันจะกลายเป็นระบบสังคม ตามทฤษฎีนี้ความเจ็บป่วยเป็นความเบี่ยงเบนรูปแบบหนึ่งของบุคคลในสังคม ผู้ป่วยไม่มีความต้องการที่จะเจ็บป่วยจึงไม่ต้องรับผิดชอบต่อภาวะที่เกิดขึ้น สังคมยอมรับบทบาทผู้ป่วย (sick role) และเกิดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ขึ้น (Hardy, 1988)

1. เป็นพันธะของสังคมที่จะต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุด และสังคมต้องร่วมมือกับผู้ที่มีบทบาทช่วยเหลือ
2. ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อจะต้องดูแลตนเองให้พ้นสภาพความเจ็บป่วย และต้องยอมรับว่าตนไม่ต้องการความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยจะได้รับการยกเว้นจากหน้าที่และความรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่ตามปกติหรือความรับผิดชอบต่อศีลธรรม
4. แพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

จากแนวคิดของ Parson ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของตน เพียงไปพบแพทย์ผู้ซึ่งสังคมคาดหวังให้มีบทบาทในการรักษาความเจ็บป่วย แพทย์มีหน้าที่ใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญของตนเพื่อส่งบุคคลกลับไปสู่บทบาทเดิมในสังคมให้เร็วที่สุด มีการรวมตัวของผู้ที่ได้รับบทบาทแพทย์จนเกิดเป็นสถาบันทางการแพทย์ เป็นผู้ชำนาญการเฉพาะด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์มีลักษณะไม่เท่าเทียมกัน ฝ่ายหนึ่งมารับความช่วยเหลือ อีกฝ่ายเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งสัมพันธ์ภาพลักษณะดังกล่าว Ross (2001 อ้างถึงใน Delamater, 2003) กล่าวว่าความไว้วางใจมีความสำคัญอย่างมากต่อสัมพันธ์ภาพในลักษณะนี้ เนื่องจากปัจจัย 3 ประการ คือ

1. บุคคลมีแหล่งให้ความช่วยเหลือที่จำกัด
2. เกิดภาวะคุกคามต่อบุคคล
3. บุคคลไม่สามารถจัดการภาวะคุกคามด้วยตนเองได้

ในสภาวะเหล่านี้บุคคลไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากภายนอกหรือบุคคลอื่น ซึ่งต้องใช้ความไว้วางใจเป็นพื้นฐานที่สำคัญ โดยคาดหวังว่าบุคคลที่ตนไว้วางใจนั้นจะสามารถช่วยเหลือตนให้พ้นจากภาวะคุกคาม ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นลักษณะนี้ ความเจ็บป่วยเป็นภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเสี่ยงและความไม่แน่นอนต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และสวัสดิภาพของผู้ป่วย สภาวะสังคมในปัจจุบันไม่ส่งเสริมให้บุคคลดูแลรักษาตนเอง เช่นในอดีต บุคคลจำเป็นต้องแสวงหาการรักษาจากแพทย์ จึงต้องมีความไว้วางใจต่อแพทย์เป็นพื้นฐาน ความรู้และทักษะทางการแพทย์ถูกจัดให้เป็นความรู้เฉพาะด้าน ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรู้ความสามารถของแพทย์ด้วยตนเอง จึงต้องมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐานก่อนเข้ารับการรักษา เชื่อว่าจะได้รับผลการรักษาที่ดี ไว้วางใจว่าแพทย์จะมีความรู้และความเชี่ยวชาญเพียงพอ (competency) คำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (agency) ซื่อสัตย์และเปิดเผยข้อมูลโดยไม่ปกปิด(honesty) ความเชื่อมั่นในสิ่งเหล่านี้ก็คือความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์นั่นเอง (Stevenson & Scambler, 2005)

ความไว้วางใจเป็นภาวะสันนิษฐานที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ (Couch & Jones, 1997) มีบริบทของการศึกษาและคำอธิบายมากมาย ขึ้นกับสาขาที่นำความไว้วางใจไปใช้ เช่นเศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา จิตวิทยา การแพทย์ ในแต่ละสาขาก็มีงานวิจัยของตน และสร้างคำจำกัดความและบริบทของการศึกษาเฉพาะขึ้น ในสาขาวิชาเดียวกันก็ยังคงมีคำจำกัดความของคำว่าความไว้วางใจแตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะเน้นความไว้วางใจในบริบททางการแพทย์และจิตวิทยาการปรึกษา ซึ่งอยู่ในฐานะผู้ช่วยเหลือและให้การปรึกษา เพื่อจำกัดขอบเขตของการศึกษาและง่ายต่อการทำความเข้าใจ นิยามของความไว้วางใจที่มีในปัจจุบัน เช่น

ในพจนานุกรมของออกซ์ฟอร์ด ค.ศ. 1991 ให้คำแปลของคำว่าความไว้วางใจ ดังนี้

1. ความเชื่อมั่น ไว้วางใจต่อคุณลักษณะบางประการของบุคคล สิ่งของ
2. มีความคาดหวังต่อบางสิ่ง เชื่อมั่นว่าจะได้รับสิ่งที่ต้องการ

ในบริบททางการแพทย์ นิยามของความไว้วางใจ คือ “เป็นความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะยินยอมต่อการกระทำของแพทย์ โดยคาดหวังว่าแพทย์จะกระทำการบางอย่างที่เป็นประโยชน์ต่อตน โดยไม่คำนึงถึงการประเมินคุณค่าหรือควบคุมการกระทำนั้น” (Mayer, Davis & Schoorman, 1995 อ้างถึงใน Hall, Camacho & Dugan, 2002)

3.1 ความสำคัญของความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์

ในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยต้องให้ความไว้วางใจแพทย์ในฐานะที่เป็นบุคคล ความไว้วางใจนี้เป็นการคาดหวังสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ไม่ใช่ประเมินจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ประสบการณ์ในอดีตก็ส่งผลต่อความไว้วางใจในปัจจุบัน บางครั้งมีความเข้าใจสับสนระหว่างความไว้วางใจและความพึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นการประเมินประสบการณ์ที่ผ่านมาว่าได้รับในสิ่งที่ตนเองคาดหวังหรือไม่ ซึ่งถ้า

เป็นไปตามที่คาดหวังก็จะก่อให้เกิดความพึงพอใจ เป็นการประเมินประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว แต่ความไว้วางใจเป็นการคาดหวังในสิ่งที่บุคคลอื่นจะกระทำในอนาคต แต่ทั้งความไว้วางใจและความพึงพอใจมีความสัมพันธ์ไปในแนวทางเดียวกัน นั่นคือเมื่อเกิดความพึงพอใจซ้ำหลายครั้งก็จะเป็นพื้นฐานของความไว้วางใจที่จะตามมา ความไว้วางใจจะเกิดขึ้นได้นั้นบุคคลต้องมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันหลายครั้งจนเกิดเป็นความไว้วางใจ

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องยอมรับสภาพที่ด้อยกว่า (vulnerable) จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูล ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงเพราะคาดหวังว่าข้อมูลนั้นจะช่วยให้สุขภาพของตนกลับมาเป็นปกติ ยอมรับการกระทำต่อตนเองทั้งการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งบางครั้งเกิดความเจ็บปวดและทรมาน ยอมรับกระบวนการรักษาและทำตามคำแนะนำของแพทย์ อาจต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและความเคยชิน การที่ผู้ป่วยยินยอมต่อการกระทำเหล่านี้จำเป็นต้องมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน เมื่อมีความไว้วางใจจะเกิดความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายขึ้นซึ่งจะนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพ หากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อยู่บนพื้นฐานของความไม่ไว้วางใจ จะนำไปสู่การฟ้องร้อง ความขัดแย้ง เกิดต้นทุนทางสังคมที่ไม่จำเป็น ดังนั้นความไว้วางใจจึงเป็นทุนทางสังคม (social capital) ที่มีคุณค่าที่จะช่วยให้บทบาทของแพทย์ต่อสังคมบรรลุวัตถุประสงค์ตามเจตนารมย์ที่สังคมคาดหวัง

เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์ผลที่จะเกิดขึ้นคือ (Thom, Hall & Pawlson, 2004)

3.1.1 ผู้ป่วยเคร่งครัดต่อการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อเกิดความไว้วางใจผู้ป่วยจะให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยาตามที่กำหนด ลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตน ส่งผลให้การรักษาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ได้รับผลดีตามที่คาดหวัง

3.1.2 เกิดความต่อเนื่องในการรักษา เมื่อไว้วางใจต่อแพทย์ผู้ป่วยมักจะไม่เปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแล ทำให้การรักษาเกิดความต่อเนื่อง แพทย์จะรู้ข้อมูลของผู้ป่วยอย่างครบถ้วนและถูกต้อง แต่เมื่อเกิดความไม่แน่ใจหรือไม่ไว้วางใจแพทย์ ผู้ป่วยจะเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแล ส่งผลให้ต้องเริ่มกระบวนการตรวจวินิจฉัยและกระบวนการรักษาใหม่ เกิดความล่าช้าในการรักษา ส่งผลต่อคุณภาพการรักษาและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยก็ต้องเรียนรู้ข้อมูลของผู้ป่วยใหม่

3.1.3 การเข้าสู่บริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่ไว้วางใจแพทย์หรือระบบสาธารณสุข เมื่อเกิดความผิดปกติจะเข้ารับการรักษาจากแพทย์เร็วกว่าผู้ที่ไม่ไว้วางใจ ซึ่งจะได้รับการตรวจรักษาเมื่อมีความผิดปกติรุนแรงแล้วเท่านั้น ผู้ป่วยในกลุ่มหลังมักมีการดำเนินโรคลุกลามส่งผลให้การรักษาไม่มีประสิทธิภาพและค่าใช้จ่ายสูง หรืออาจไม่สามารถรักษาให้หายขาด นอกจากไม่ได้รับการตรวจรักษาแล้วผู้ป่วยที่ไม่ไว้วางใจแพทย์มักไม่เข้ารับการป้องกันโรค ไม่ดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งส่งผลเสียต่อบุคคลและสังคมโดยรวม

3.1.4 ผู้ป่วยที่ไว้วางใจแพทย์จะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาต่ำกว่าและประสิทธิภาพในการรักษาสูงกว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้พร้อมจะเปิดเผยข้อมูลที่เป็นต่อการตรวจวินิจฉัย แม้บางครั้ง

เป็นข้อมูลที่อ่อนไหวและต้องการปกปิดไว้เป็นความลับ การรู้ข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนจะช่วยให้การวินิจฉัยแม่นยำ การรักษาเกิดประสิทธิภาพ ลดการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาที่ไม่จำเป็น ผู้ป่วยที่ไม่ไว้วางใจแพทย์อาจเรียกร้องให้ส่งตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันการวินิจฉัยของแพทย์อีกครั้งหนึ่ง

3.1.5 ความไว้วางใจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา (Faden, 1986 อ้างถึงใน Goold, 2002) ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์เพียงอย่างเดียวก็ส่งผลดีต่อการรักษา ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้สูงขึ้น ด้วยผลที่รู้จักกันดีในนาม"ผลของยาหลอก (placebo effect)"

ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์นั้นส่งผลกระทบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่เข้าสู่บริการทางการแพทย์ มีผลต่อการตัดสินใจว่าจะเข้ารับบริการทางการแพทย์หรือไม่ การตัดสินใจเข้ารับบริการซ้ำอาจทำให้โรคลุกลามยากต่อการรักษา และเมื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษา ความไว้วางใจจะมีผลต่อการเปิดเผยข้อมูลและการปฏิบัติตามของผู้ป่วย ความต่อเนื่องในการรักษา ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพการรักษา ความไว้วางใจช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์จะยอมปฏิบัติตามในกระบวนการรักษาอย่างเต็มที่ เมื่อแพทย์รับรู้ความเต็มใจและความไว้วางใจของผู้ป่วยก็จะเพิ่มความร่วมมือและให้ความเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความไว้วางใจเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและส่งผลซึ่งกันและกัน ระบบสุขภาพที่ดีนั้นมีค่าใช้จ่ายแค่จัดให้มีบริการที่ดีต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังจำเป็นต้องก่อให้เกิดการยอมรับและเต็มใจใช้บริการนั้นด้วย ความไว้วางใจจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ระบบดำเนินไปอย่างเหมาะสม

3.2 องค์ประกอบของความไว้วางใจ

ความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์นั้นเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลสองฝ่าย ฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ให้ความไว้วางใจ อีกฝ่ายเป็นผู้ได้รับความไว้วางใจ ความไว้วางใจเป็นสภาวะ(state) ดังนั้นจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ไม่ใช่ลักษณะที่ตายตัวของบุคคล(trait) ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์จึงสามารถเพิ่มขึ้นและลดลงได้ ขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ในแต่ละระยะ แต่ละช่วงเวลา ความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อแพทย์แต่ละคนก็แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้และประสบการณ์ในการพบแพทย์ พฤติกรรม การแสดงออก และลักษณะของแพทย์ล้วนมีอิทธิพลต่อความไว้วางใจที่จะเกิดกับผู้ป่วย ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์จึงมักเป็นบุคลิกลักษณะของแพทย์ (characteristics) การแสดงออกในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์ตอกัน นั่นคือเป็นความเชื่อมั่นไว้วางใจของฝ่ายหนึ่ง(ผู้ป่วย) มีให้กับอีกฝ่ายหนึ่ง(แพทย์) ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มความตั้งใจ ความเต็มใจที่จะยอมเสี่ยงเพื่อรับความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา จากการศึกษาที่ผ่านมาองค์ประกอบหรือคุณลักษณะของแพทย์ที่จะก่อให้เกิดความไว้วางใจของผู้ป่วยประกอบด้วย (Thom, 1997; Mechanic & Meyer, 2000; Hall, Camacho & Dugan, 2002; Straten, Friele & Groenwegen, 2002)

3.2.1 ความรู้และความเชี่ยวชาญทางการแพทย์ (technical competency)

หมายถึงความสามารถในการตรวจวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วย มีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างเพียงพอ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องและไม่มีความผิดพลาดในการปฏิบัติหน้าที่

3.2.2 ความสามารถในการสื่อสาร (interpersonal competency) แพทย์ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่มีภาษาทางวิชาการที่ยากต่อความเข้าใจ เข้าใจความต้องการของผู้ป่วย สามารถสร้างความร่วมมือให้เกิดขึ้นและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยได้

3.2.3 ให้ความเอาใจใส่ ดูแลผู้ป่วยอย่างเสียสละ (fidelity) คำนึงถึงประโยชน์และสวัสดิภาพของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ส่วนตน ไว้วางใจได้ (fiduciary) ไม่ก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างประโยชน์ส่วนตนและของผู้ป่วย (conflict of Interest)

3.2.4 มีความซื่อสัตย์ (honesty) ไม่พูดเท็จหรือปิดบังข้อมูล ไม่หลอกลวงในการบอกข้อเท็จจริงกับผู้ป่วย

3.2.5 เก็บรักษาข้อมูลที่เป็นความลับ (confidentiality) ใช้ข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยอย่างระมัดระวังและเหมาะสม

จากการศึกษาพบว่าแม้จะสามารถแยกความไว้วางใจออกเป็นองค์ประกอบย่อยๆ แต่ความไว้วางใจนั้นมีมิติเดียว (unidimension) ทุกองค์ประกอบไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด ทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของความไว้วางใจ แต่เป็นคนละด้าน ไม่มีองค์ประกอบย่อยข้อใดสามารถแยกจากกันได้และไม่สามารถแยกออกจากความไว้วางใจได้โดยเด็ดขาด(Thom, Hall & Pawlson, 2004)

3.3 ลักษณะของความไว้วางใจ

การจำแนกประเภทของความไว้วางใจทำได้หลายลักษณะ เช่น แบ่งตามสิ่งที่ได้รับความไว้วางใจ ที่มีการศึกษากันเช่น ความไว้วางใจต่อแพทย์ ความไว้วางใจต่อรัฐบาล ความไว้วางใจต่อสถาบันการศึกษา หรือแบ่งตามระดับความไว้วางใจเช่น ความไว้วางใจที่แน่นแฟ้น ความไว้วางใจที่ห่างเหิน ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความไว้วางใจระหว่างบุคคลต่อบุคคล นั่นคือผู้ติดเชื้อที่มีต่อแพทย์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความไว้วางใจมี 2 ประการคือ (Mechanic, 1996; Couch, 1997)

3.3.1 ปัจจัยภายในของบุคคล เป็นลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น บุคลิกภาพ พัฒนาการของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวโน้มของบุคคลที่จะไว้วางใจผู้อื่น พัฒนาต่อมาเป็นการไว้วางใจในมนุษย์ เชื่อมั่นและไว้วางใจในความดีงามของมนุษย์ เป็นความไว้วางใจขั้นพื้นฐาน(basic trust) ไว้วางใจบุคคลอื่นที่ตนยังไม่มีสัมพันธภาพด้วย ความไว้วางใจลักษณะนี้เกิดก่อนจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและเป็นองค์ประกอบในบุคลิกภาพของผู้ที่จะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นในอนาคต

การที่บุคคลจะไว้วางใจผู้อื่นนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนมีแนวโน้มที่จะไว้วางใจผู้อื่นแม้ขณะที่ตนตกอยู่ในอันตราย หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เสียเปรียบ แต่บางคนไม่ไว้วางใจแม้กับคนใกล้ชิดหรือบุคคลที่น่าไว้วางใจ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพัฒนาการของบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน ความไว้วางใจลักษณะนี้เป็นความไว้วางใจต่อมนุษย์โดยทั่วไป เป็นความเชื่อในธรรมชาติของมนุษย์ พัฒนาการแรกของมนุษย์คือการเรียนรู้ที่จะให้ความไว้วางใจต่อผู้ดูแลตน ทารกจะได้รับอิทธิพลจากการตอบสนองของผู้ที่ให้การดูแล ความไวและการแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อทารกจะส่งผลต่อพัฒนาการของบุคคลที่จะไว้วางใจผู้อื่น ความไว้วางใจลักษณะนี้อาจเรียกว่าความไว้วางใจต่อบุคคลโดยทั่วไป

(global trust) เป็นความคาดหวังว่าคำสัญญาของบุคคลอื่นสามารถวางใจได้ เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถแบ่งกลุ่มบุคคลที่มีแนวโน้มของความไว้วางใจได้เป็น 2 กลุ่ม คือ (Rotter, 1980)

ก. ผู้ที่ไว้วางใจบุคคลอื่น (high truster) คนกลุ่มนี้จะมีบุคลิกอนุรักษนิยม มีจริยธรรมสูง ในวัยเด็กมีประสบการณ์ที่มีความสุข มีแนวโน้มที่จะทำผิดศีลธรรมหรือจริยธรรมน้อยกว่า เคารพสิทธิของผู้อื่น ให้อภัยผู้อื่น มีความสุขมากกว่าและขัดแย้งกับผู้อื่นน้อยกว่า สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ง่าย ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น บุคคลกลุ่มนี้จะเชื่อมั่นในความดีงามของมนุษย์

ข. ผู้ที่ไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น (low truster) บุคคลกลุ่มนี้เชื่อว่าบุคคลอื่นไม่น่าไว้วางใจ จึงมีจริยธรรมน้อยกว่า เพราะเชื่อว่าการผิดจริยธรรมเช่น โกหก หลอกลวง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันตัว เพราะคนอื่นก็ทำเช่นเดียวกัน

3.3.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งส่งผลต่อความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมในอนาคตของผู้อื่น ขึ้นกับการรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้อื่นเพื่อตัดสินใจว่าควรแก่การไว้วางใจหรือไม่ ปัจจัยเหล่านี้เช่นสภาพแวดล้อมทางสังคม ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อสารมวลชนหรือบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดความไว้วางใจหรือไม่ไว้วางใจ

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความไว้วางใจของบุคคลเป็นจากปัจจัยภายในซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาการและการเรียนรู้ของบุคคลและปัจจัยภายนอกซึ่งได้รับอิทธิพลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือข้อมูลจากสภาพแวดล้อมภายนอก สำหรับความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ (Mechanic & Schleringer, 1996; Pearson & Raeke, 2000; Straten, Friele & Groenwegen, 2002)

ก. ความไว้วางใจระหว่างบุคคล (interpersonal trust) เป็นความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ในฐานะบุคคล เฉพาะเจาะจงต่อบุคคล เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ความไว้วางใจนี้เป็นความคาดหวังต่อแพทย์ว่าการกระทำของแพทย์จะให้ประโยชน์มากกว่าก่อให้เกิดผลเสีย ระดับความไว้วางใจเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์กับแพทย์ผู้นั้น หรือประสบการณ์ที่ได้รับจากแพทย์ผู้อื่นพัฒนาขึ้นซ้ำๆ ผ่านปฏิสัมพันธ์ครั้งแล้วครั้งเล่า ผ่านการประเมินจากผู้ป่วยว่าพฤติกรรมและการปฏิบัติของแพทย์ควรให้ความเชื่อถือหรือไว้วางใจหรือไม่

ข. ความไว้วางใจต่อสถาบัน หรือความไว้วางใจเชิงสังคม (social trust) เป็นความไว้วางใจที่มีต่อองค์กรหรือสถาบันทางการแพทย์ เช่นความไว้วางใจต่อโรงพยาบาล หรือต่อวงการแพทย์โดยรวม มีระยะห่างมากกว่าความไว้วางใจระหว่างบุคคล ได้รับอิทธิพลจากผู้อื่นมากกว่าเป็นประสบการณ์ตรงของตน

ความไว้วางใจทั้งสองลักษณะ มีส่วนที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน (Goold & Klipp, 2002) ส่วนที่คล้ายคลึงกันก็คือ เป็นสัมพันธภาพที่ไม่เท่าเทียมกัน ผู้ป่วยอยู่ในฐานะที่ต้องพึ่งพาแพทย์และสถาบันทางการแพทย์ สัมพันธภาพลักษณะนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้ความไว้วางใจทั้งต่อ

โรงพยาบาลและแพทย์ ในส่วนที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อศักยภาพของสถาบันสูงกว่าตัวบุคคล เมื่อสถาบันเกิดความผิดพลาด มีแนวโน้มที่จะได้รับการให้อภัยยากกว่าในระดับบุคคล ซึ่งมีความใกล้ชิด สงสารและเข้าใจมากกว่า ความคาดหวังต่อความเสียสละของสถาบันน้อยกว่าบุคคล ขึ้นกับค่าใช้จ่ายในสถาบันแห่งนั้นด้วย ถ้าเป็นสถาบันที่มีค่าใช้จ่ายน้อย ความคาดหวังต่อประสิทธิภาพและความเสียสละก็จะลดลง

ความไว้วางใจต่อสถาบันและต่อแพทย์เป็นรายบุคคลสัมพันธ์กันและทดแทนกันได้ ในบางระดับ (Mechanic & Schleringer, 1996) ความไว้วางใจต่อแพทย์ในฐานะบุคคล (interpersonal trust) รากฐานที่สำคัญมาจากพัฒนาการทางสังคม พัฒนาการของบุคลิกภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาขึ้นมาอย่างช้าๆ ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) ในขณะที่ความไว้วางใจต่อสถาบันมักได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งที่ไม่ใช่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น สื่อสารมวลชน ชื่อเสียงที่รับฟังจากบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่ไว้วางใจในตัวแพทย์จะไม่วิตกกังวลต่อความน่าเชื่อถือขององค์กรหรือโรงพยาบาล เพราะเชื่อว่าแพทย์จะให้การรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยที่ให้ความเชื่อถือไว้วางใจสถาบัน เชื่อมั่นว่าสถาบันจะเป็นผู้คัดเลือกบุคลากรที่เหมาะสม มีมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ตรวจสอบและดูแลอย่างเข้มงวด ผู้ที่ไว้วางใจสถาบันการแพทย์มีแนวโน้มจะไว้วางใจแพทย์ในระดับบุคคลด้วย (Hall, Camacho & Dugan, 2002)

ความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์เกิดขึ้น 2 ระยะเวลาด้วยกันคือ ในการพบกันครั้งแรก ความไว้วางใจของผู้ป่วยอาจเป็นความไว้วางใจที่มีต่อการแพทย์โดยรวม หรือเป็นความไว้วางใจต่อสถาบันเมื่อสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะค่อยๆ พัฒนาความไว้วางใจต่อแพทย์เพิ่มขึ้นตามระยะเวลา เป็นระยะที่สองของการสร้างความไว้วางใจ มันคงแน่นแฟ้นตามช่วงเวลา

ความไว้วางใจทั้งต่อบุคคลและต่อสถาบันล้วนส่งผลซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยที่มีความไว้วางใจสูงต่อการแพทย์ มีแนวโน้มที่จะเปิดเผยข้อมูลและร่วมมือในการรักษา สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับแพทย์ได้อย่างไม่ยาก เป็นแรงจูงใจให้แพทย์ตอบสนองด้วยสัมพันธ์ภาพที่ดีกลับไปที่ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจเกิดความไว้วางใจต่อแพทย์ผู้นั้น สัมพันธภาพที่ดีและความพึงพอใจที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจต่อแพทย์และวงการแพทย์โดยรวมมากขึ้น

ความไว้วางใจเป็นส่วนที่สำคัญที่สุดของสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เมื่อผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์จะส่งผลดีต่อประสิทธิภาพในการรักษา ลดความขัดแย้ง ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เกิดผลดีทั้งต่อบุคคลและสังคม แต่การที่ผู้ป่วยจะให้ความไว้วางใจแพทย์ แพทย์ต้องมีคุณลักษณะที่เหมาะสมต่อการได้รับความไว้วางใจ ความไว้วางใจจึงเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในใจของผู้ป่วยเมื่อพบแพทย์ที่มีลักษณะควรค่าแก่ความไว้วางใจ

4. แนวคิดเรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีวิทยาการวิจัยรูปแบบหนึ่งที่ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย เพื่อค้นหาคำอธิบาย ทำความเข้าใจกระบวนการและความหมายของพฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมหรือความจริงในสังคมนั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น และมีหลายระดับ ขึ้นกับมุมมองของผู้เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆ มีลักษณะเป็นอัตวิสัยตามเหตุการณ์ บริบท และผู้ที่เกี่ยวข้อง

สุภางค์ จันทวานิช (2551) ได้นิยามการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ดังนี้

“การวิจัยเชิงคุณภาพคือการศึกษาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้สึกนึกคิด การให้ความหมายหรือการให้นิยามสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนการกำหนดค่านิยมและอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้นๆ การวิจัยชนิดนี้มักเป็นการศึกษาติดตามระยะยาวและใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบการตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก”

4.1 ลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีลักษณะจำเพาะหลายประการ ลักษณะที่สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพมีดังนี้ (ชาย โพธิ์สิตา, 2550; นิศา ชูโต, 2551; Bogdan & Biklen, 1992)

4.1.1 ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ มักเป็นข้อมูลเชิงพรรณนา อาจเป็นถ้อยคำ รูปภาพ หรือข้อมูลทางเอกสารมากกว่าที่จะเป็นข้อมูลในเชิงจำนวน โดยอาจเป็นข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์ ข้อมูลจากบันทึกภาคสนาม เอกสารส่วนบุคคล บันทึกความจำ และในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น จะวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดให้ใกล้เคียงกับของเดิม ไม่พยายามลดทอนข้อมูล โดยถือว่าข้อมูลทุกส่วนล้วนมีความสำคัญ และสามารถจะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจโลกหรือปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง ไม่มีสิ่งใดที่ไม่มีความสำคัญ สภาพแวดล้อม เวลา สถานที่ ล้วนมีผลต่อความเข้าใจต่อสิ่งหรือปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา

4.1.2 การเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยจะเข้าไปในพื้นที่ศึกษาที่มีอยู่ตามธรรมชาติ เก็บข้อมูลโดยตรงจากเหตุการณ์จริง โดยนักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล โดยพาตัวเองเข้าไปในโลกหรือสภาพแวดล้อมที่จะศึกษา ใช้วิธีการที่เป็นธรรมชาติที่สุดในการเรียนรู้ ไม่มีการดัดแปลงหรือควบคุมพื้นที่ศึกษา ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเป็นไปตามธรรมชาติ ซึ่งต่างจากการวิจัยในเชิงทดลองที่มีการควบคุมสภาพแวดล้อมให้เหมาะแก่การศึกษาตัวแปร

4.1.3 ใช้การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Inductive) เป็นการสรุปข้อมูลที่กระจัดกระจายให้สามารถเชื่อมโยงเข้าหากัน เพื่อนำไปสู่ข้อสรุป หรือสรุปจากสิ่งที่จำเพาะเจาะจงไปสู่สิ่งทั่วไป ข้อสรุปอาจ

อยู่ในรูปคำอธิบาย กรอบความคิด หรือทฤษฎี ไม่ใช่ข้อมูลเพื่อสนับสนุนหรือหักล้างสมมติฐานที่มีอยู่ก่อนแล้ว

4.1.4 เน้นทำความเข้าใจแบบองค์รวม โดยเชื่อว่าปรากฏการณ์หรือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นมีมิติและความซับซ้อนมากกว่าจะเอาส่วนต่างๆ ของปรากฏการณ์มาประกอบกัน การทำความเข้าใจแบบองค์รวมคือการค้นหาว่าภายในระบบนั้นมีส่วนประกอบอะไรบ้าง และองค์ประกอบเหล่านั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร การจะเข้าใจปรากฏการณ์ต้องเข้าใจในสถานการณ์ของปรากฏการณ์ทั้งหมดว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ในสภาพการณ์แบบใด ไม่แบ่งแยกข้อมูลเป็นส่วนๆ

4.1.5 ให้ความสำคัญกับบริบทของสิ่งที่ศึกษา การจะเข้าใจและการตีความว่าปรากฏการณ์นั้นมีความหมายอย่างไร ต้องเข้าใจถึงบริบทของเหตุการณ์นั้นด้วย

4.1.6 ในการออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพมีความยืดหยุ่นสูง ไม่ยึดโครงสร้างหรือรูปแบบที่ตายตัว ในการดำเนินการวิจัยนั้นกิจกรรมหลายๆ อย่างดำเนินไปพร้อมๆ กัน เช่น การเก็บข้อมูลอาจดำเนินการไปพร้อมๆ กับการวิเคราะห์และตีความ การออกแบบการวิจัยปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เฉพาะหน้า โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้มากที่สุด

4.1.7 ในการวิจัยเชิงคุณภาพ การให้ความหมายเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ผู้คนที่มิมีหลังต่างกันให้ความหมายของแต่ละสิ่งต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้โลกของเขา นักวิจัยเชิงคุณภาพใช้กลยุทธ์และวิธีการที่หลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลของประสบการณ์และความหมายที่มีต่อผู้ให้ข้อมูล

4.1.8 นักวิจัยติดต่อโดยตรงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเข้าไปอยู่ในพื้นที่การวิจัยเพื่อเรียนรู้และเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาด้วยตนเอง เป็นการนำตัวเองเข้าไปอยู่ในโลกที่ต้องการเรียนรู้และศึกษาโดยตรง

4.1.9 การวิจัยเชิงคุณภาพใช้เครื่องมือที่หลากหลายในการวิจัย แต่นักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด ดังนั้นวิจารณ์ญาณและความสามารถส่วนตัวของนักวิจัยมีความสำคัญต่อคุณภาพของข้อมูล เนื่องเพราะการเก็บข้อมูลนักวิจัยต้องมีความสามารถในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ต้องสามารถเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ที่ศึกษา และยังต้องใช้ความสามารถทั้งหมดในการรับรู้และเก็บข้อมูลให้แม่นยำ ครบถ้วนและถูกต้อง นอกจากนี้ยังต้องสามารถปรับใช้เครื่องมือให้เหมาะสมกับแหล่งข้อมูลและสภาวะการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ของการวิจัย

4.1.10 เป็นการศึกษาในแนวลึกมากกว่าในแนวกว้าง โดยลงลึกในประเด็นที่ศึกษา ประเด็นหรือข้อมูลที่ต้องการมักเป็นข้อมูลที่จำเพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลหลักมักเป็นผู้ที่มีลักษณะพิเศษเหมาะแก่การศึกษา เป็นผู้รวบรวมข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ตรงในประเด็นที่ต้องการศึกษา

4.1.11 เน้นความรู้สึกร่วมและความเข้าใจ (empathic insight) ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมักมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดจนนักวิจัยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ เข้าใจความหมายและโลกของผู้ให้ข้อมูลจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล มิใช่เป็นเพียงแต่การไปเก็บข้อมูลดังเช่นงานวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีรูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย ขึ้นกับสาขาวิชาที่ต้องการศึกษา แต่ละแบบก็มีลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพไม่เท่าเทียมกัน อาจไม่จำเป็นต้องมีลักษณะดังกล่าวครบถ้วนสมบูรณ์ ขึ้นกับวัตถุประสงค์และปรากฏการณ์ของสิ่งที่ทำการศึกษา

4.2 ความเชื่อถือได้ของการวิจัยเชิงคุณภาพ (trustworthiness)

การวิจัยเชิงคุณภาพไม่ได้ใช้ข้อมูลในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังเช่นในงานวิจัยเชิงปริมาณ ความน่าเชื่อถือและไว้วางใจในงานวิจัยเชิงคุณภาพหมายถึง ผลจากการศึกษาหรือตีความของนักวิจัยสามารถยืนยันผลการตรวจสอบได้ดีเพียงใด มีหลักฐานที่สามารถอ้างอิงและอธิบายให้ประจักษ์ได้ ในประเด็นเรื่องความตรง (validity) ปัจจัยที่มีผลกระทบอาจเป็นความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล การตั้งคำถามเพื่อให้ได้ข้อมูล แนวทางการถามคำถามอาจได้ข้อมูลที่ไม่ลึกพอ หรือผู้ให้ข้อมูลหลักไม่มีข้อมูลที่เหมาะสมเพียงพอ นอกจากนี้ในการตีความข้อมูล ผู้วิจัยอาจมีกรอบที่ตนยึดถือและตีความตามกรอบของตน ไม่ให้ความสำคัญกับข้อมูลอย่างรอบด้านเพียงพอ เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคุณภาพและความเชื่อถือได้ของผลการวิจัยเชิงคุณภาพมีดังนี้

4.2.1 ความเชื่อถือได้ (credibility) (นิศา ชูโต, 2551) เป็นความสอดคล้องระหว่างข้อมูลและการตีความของผู้วิจัยว่าสามารถเข้าถึงความหมายของเหตุการณ์ได้ดีเพียงใด การวิเคราะห์ตีความของผู้วิจัยสอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ ในการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้สามารถตรวจสอบได้จาก

ก. การที่ผู้วิจัยอยู่ในพื้นที่การวิจัยเป็นเวลานานจนสามารถจัดอคติและเข้าใจประเด็นสำคัญได้อย่างถูกต้อง

ข. การสังเกตอย่างจริงจังเพื่อให้เข้าใจลักษณะสำคัญที่เกิดขึ้นและเข้าใจความหมายของเหตุการณ์

ค. การตรวจสอบระหว่างเพื่อนร่วมการวิจัย เพื่อให้เกิดความแจ่มแจ้งและพัฒนาความเข้าใจ

ง. มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) โดยตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแหล่งที่ต่างกันหรือจากผู้สอบสวนหลายกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลครบทุกด้าน

4.2.2 การพึ่งพิงกับเกณฑ์อื่น (dependability) ใช้วิธีการหลายวิธีเพื่อเข้าตรวจสอบความตรงของข้อมูล เพื่อตรวจสอบว่าผู้ที่ได้จากแหล่งต่างๆ สอดคล้องกับผลของนักวิจัยหรือไม่

4.2.3 การถ่ายโอนผลการวิจัย (transferability) อ้างผลการวิจัยเพื่ออธิบายสถานการณ์อื่นในบริบทที่คล้ายคลึงกัน

4.2.4 การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) คือความสามารถในการยืนยันผลจากข้อมูลกับการวิจัยอื่นและตรวจสอบแนวความคิดกับผู้เชี่ยวชาญหลายๆ คน

ในการตัดสินคุณภาพการวิจัยเชิงคุณภาพ อาศัยกฎเกณฑ์พิเศษที่แตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินการวิจัยเชิงปริมาณ

4.3 วิธีการเก็บข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยในฐานะที่เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูล จะต้องเข้าใจเรื่องที่จะต้องสัมภาษณ์หรือเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี แนวคิดในการวิจัยเชิงคุณภาพก็คือ ความจริงนั้นไม่สามารถแยกเป็นอิสระจากนักวิจัยได้ ในการเก็บข้อมูลนักวิจัยจะเป็นผู้ร่วมในปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดข้อมูลที่ถูกต้องและตรงประเด็น

การเก็บข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth-Interview) เป็นวิธีหนึ่งในการเก็บข้อมูล มักใช้ในกรณีที่ต้องการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่จำเพาะเจาะจง โดยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ผ่านทางคำถามที่ได้เตรียมไว้ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ในประเด็นที่ศึกษา ถ้าเป็นประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ผู้วิจัยจะต้องกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงประสบการณ์นั้นและนำมาเรียบเรียงให้เกิดเป็นเรื่องราวที่มีความหมาย ผู้ให้ข้อมูลมักไม่ได้เรียบเรียงข้อมูลที่มีอยู่ ทั้งสองฝ่ายจะร่วมมือกันเพื่อเรียบเรียงข้อมูลที่มีอยู่แบบกระจัดกระจายให้เกิดการเชื่อมโยงเป็นข้อมูลที่มีความหมาย จะเห็นได้ว่านักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลจำเป็นต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่อ่อนไหว ความคิด ประสบการณ์แก่ผู้วิจัย ความร่วมมือของทั้งสองฝ่าย จะเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการเก็บข้อมูลที่สำคัญ

การสัมภาษณ์ที่ดีต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ (Kvale, 1996 อ้างในชาย โพธิ์สิตา, 2550)

4.3.1 ทำความเข้าใจโลกในชีวิตจริงของผู้ตอบ ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ที่ผู้ตอบมีต่อสิ่งแวดล้อมในโลกของเขา

4.3.2 เน้นความหมายที่ผู้ตอบ ใส่ใจทั้งคำพูด อ่านความหมายจากอากัปกิริยาของผู้ตอบ

4.3.3 ให้ความสำคัญกับข้อมูลเชิงคุณภาพ หาความรู้ในรูปของข้อมูลเชิงคุณภาพจากภาษา ถ้อยคำของผู้ตอบ

4.3.4 มุ่งเน้นข้อมูลเชิงพรรณนา ขอให้ผู้ตอบเล่าเรื่องของเขอย่างชัดเจนที่สุด การตีความเป็นหน้าที่ของนักวิจัย

4.3.5 มุ่งหาข้อมูลเชิงพรรณนา ที่เกี่ยวกับเรื่องอย่างเฉพาะเจาะจง

4.3.6 เปิดกว้างสำหรับทุกข้อมูล ไม่กำหนดกรอบของข้อมูลไว้ล่วงหน้า แต่ไม่ถามเหมือนยังไม่รู้อะไรเลย

4.3.7 ดำเนินไปอย่างมีจุดเน้น มีเรื่องราวในการสัมภาษณ์อย่างชัดเจน

4.3.8 ทำคำตอบที่ไม่ชัดเจนให้กระจ่าง ต้องไม่ปล่อยให้ความไม่ชัดเจนคงอยู่

4.3.9 ดูความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างการสัมภาษณ์ ในบางครั้งอาจทำให้ผู้ตอบเกิดการตระหนัก หรือการเรียนรู้ใหม่ขณะถูกสัมภาษณ์

4.3.10 ทำการบ้านก่อนการสัมภาษณ์มาเป็นอย่างดี ความรู้พื้นฐานมีผลต่อความสมบูรณ์และความลึกของข้อมูลที่จะได้รับ

4.3.11 สร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อผู้รับการสัมภาษณ์ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้รับการสัมภาษณ์มีผลต่อความสำเร็จ

4.3.12 สร้างความประทับใจให้กับผู้รับการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์เชิงลึกมักเป็นการใช้คำถามแบบเปิดที่กำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ไว้อย่างไม่เคร่งครัดนัก มักกำหนดเป็นประเด็นหลักๆไว้เท่านั้น ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องมีความยืดหยุ่นและเป็นธรรมชาติ เปิดโอกาสให้ผู้รับการสัมภาษณ์บอกเล่าเรื่องราวประสบการณ์อย่างเต็มที่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของนักวิจัยในเรื่องนั้นๆ คุณภาพของการสัมภาษณ์จะขึ้นกับประสบการณ์และบุคลิกภาพของนักวิจัยเป็นสำคัญ

ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น นักวิจัยทำการวิจัยในสภาพการณ์ที่เป็นธรรมชาติ สภาพการณ์ที่ปรากฏการณ์นั้นดำเนินไปอย่างแท้จริง นักวิจัยเข้าไปมีชีวิตท่ามกลางผู้คนที่ตนศึกษาเพื่อเรียนรู้วิถีชีวิต ประสบการณ์และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด เป็นการเฝ้าสังเกตจากมุมมองของคนในเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในการที่จะรู้จักและเข้าใจสิ่งใด ไม่มีวิธีการใดดีไปกว่าการได้รับประสบการณ์ตรงจากการมีส่วนร่วมับเหตุการณ์นั้นๆ นักวิจัยจึงเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน หรือเหตุการณ์ที่ตนศึกษา ดังนั้นในการเก็บข้อมูลนอกจากข้อมูลที่ได้รับโดยตรงแล้ว ยังมีข้อมูลในบริบทของปรากฏการณ์นั้นซึ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับการวิเคราะห์ นักวิจัยต้องใช้การสังเกตเพื่อให้ได้รับข้อมูลในส่วนนี้ ควรมีหลักหรือแนวคิดว่าจะมองหาอะไรจากเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้น ควรสังเกตเพื่อตอบคำถามว่า ใคร อะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และให้ความสำคัญกับสถานที่ เนื่องจากสถานที่เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูล ควรมีรายละเอียดในเชิงวัตถุวิสัย (objective) เพื่อให้เห็นภาพของสถานที่แห่งนั้นโดยปราศจากความคิดเห็นหรือความรู้สึกของนักวิจัย นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงไปถึงผู้กระทำกิจกรรม ในกิจกรรมนั้นมีสิ่งใดเกิดขึ้น และใครเป็นผู้ทำกิจกรรม ในท้ายที่สุดสิ่งที่ควรสังเกตอีกก็คือบริบทและสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมทั้งหมด ทั้งที่เป็นคน สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งความเป็นมาของสถานที่

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยคัดเลือกรงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในมิติของความทุกข์ที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญในขณะรับรู้ผลเลือด สิ่งที่เกิดขึ้นในขณะรักษา ผลกระทบในด้านต่างๆ งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ และงานวิจัยที่กล่าวถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ ทั้งผู้ป่วยทั่วไปและผู้ติดเชื้อ เพื่อให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อในมิติที่สัมพันธ์กับแพทย์

สมมาตร พรหมภักดี (2537) ได้ศึกษาการปรับตัวของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการศึกษา รูปแบบและวิธีการที่ผู้ติดเชื้อใช้ในการเผชิญปัญหาในบริบทต่างๆ ตั้งแต่ทราบผลไปจนถึงวาระสุดท้าย

ของชีวิต มีระยะเวลาศึกษา 2 ปี ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นรูปแบบการศึกษาต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal study) ผู้ติดเชื้อเป็นชายทั้งหมด 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า แบบแผนที่ผู้ติดเชื้อใช้ในการเผชิญปัญหาชีวิตมี 3 ระยะด้วยกันคือ ระยะแรก เป็นระยะของการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ระยะที่สอง เป็นระยะของการคลี่คลายความทุกข์และการใช้ชีวิตภายใต้บริบททางสังคม และระยะสุดท้ายเป็นระยะของการเจ็บป่วยและความตาย

ระยะการเผชิญปัญหาและการปรับตัว เริ่มต้นตั้งแต่ได้รับการแจ้งผลเลือดจากเจ้าหน้าที่ ความรู้สึกในช่วงนี้เป็นความหวาดกลัวจากความรุนแรงของโรคและอาการที่จะเกิดขึ้น โดยรับรู้ถึงความน่ากลัว น่าขยะแขยงของพยาธิสภาพที่จะเกิด รู้ว่าโรครักษาไม่หาย ต้องเสียชีวิตแน่นอน เกิดความทุกข์จากความหวาดกลัวต่อการถูกรังเกียจจากคนในสังคมที่เกิดมาจากยุทธศาสตร์ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยสร้างความหวาดกลัวให้เกิดขึ้นว่าเอดส์น่ารังเกียจและเป็นผลมาจากความชั่วร้ายหรือความเลวของบุคคลบางกลุ่ม คนติดเชื้อเอดส์คือคนเลวของสังคม และยังมีความทุกข์ที่เกิดจากความกลัวต่อการแพร่เชื้อไปยังบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากความเข้าใจว่าโรคเอดส์สามารถติดต่อไปยังบุคคลอื่นได้ สุดท้ายเป็นความทุกข์ที่เกิดจากการขาดความมั่นคงในชีวิต เนื่องจากปัจจัยสองประการคือ ประการแรกขาดแคลนทรัพยากรที่จะเป็นหลักประกันให้กับตนเองและครอบครัวในกรณีที่ต้องเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประการที่สองขาดความมั่นใจในอนาคตว่าเมื่อตนเจ็บป่วยจะมีคนดูแลหรือให้ความช่วยเหลือหรือไม่ และเมื่อต้องเจ็บป่วยจนดูแลตนเองไม่ได้จะทำอย่างไร

ระยะที่สอง ระยะคลี่คลายทุกข์และใช้ชีวิตภายใต้บริบททางสังคม ระยะนี้ผู้ติดเชื้อสามารถบรรเทาหรือระงับความทุกข์ไว้ได้ ทำใจได้และยอมรับได้ว่าอะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด ใช้ชีวิตไปตามบริบทของสังคมที่ตนเองอยู่ โดยอาจถูกกระตุ้นให้เกิดความทุกข์หรือความกังวลใจเป็นครั้งคราวจากสิ่งที่เข้ามากระทบ

ระยะที่สาม ระยะการเจ็บป่วยและความตาย หลังจากปรับตัวจนสามารถอยู่ร่วมกับโรคเอดส์ได้ในสภาพที่เกือบปกติ แต่ก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงสภาพของความเจ็บป่วยและความตายอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค ในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญก็คือ ความทุกข์อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค อาจมีอาการไข้ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด แผลเรื้อรัง นอกจากก่อให้เกิดความทุกข์ทางกายแล้ว ยังทำลายความหวังที่จะมีชีวิตยืนยาว นอกจากความทุกข์ทางกายแล้วผู้ติดเชื้อยังต้องเผชิญกับความทุกข์อันเนื่องมาจากปฏิกิริยาทางสังคม การก้าวเข้าสู่ระยะที่เจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถปกปิดการติดเชื้อของตน ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความหวาดกลัวและความรังเกียจของสังคมที่แสดงออกมาในรูปของการปฏิเสธการให้บริการ เหยียดหยามด้วยท่าทีและคำพูด ปฏิกริยาที่ได้รับจากสังคมสร้างความทุกข์ไม่น้อยไปกว่าความเจ็บป่วยที่ได้รับจากโรค

Liamputtong (2009) ศึกษาการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเพศหญิงชาวไทยต่อทัศนคติของชุมชนที่มีต่อตนเอง ในด้านความรู้สึกรังเกียจ ไม่ยอมรับ การแบ่งแยกและกีดกัน โดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเพศหญิงจำนวน 26 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเก็บความลับเรื่องการติดเชื้อไว้กับตนเองหรือเปิดเผยกับญาติสนิทที่ไว้ใจได้เท่านั้น แม้จะมีการรณรงค์ผ่าน

สื่อต่างๆเพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ แต่สังคมที่อยู่รายรอบตัวผู้ติดเชื้อก็ยังคงแสดงออกถึงความรังเกียจผ่านทางคำพูดและท่าที ความรังเกียจแสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเพศหญิงรุนแรงกว่าต่อผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศชาย โดยหญิงที่ติดเชื้อถูกมองว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี ผู้หญิงสำส่อน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต ความรังเกียจและการถูกแบ่งแยกก็ดกกันมีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ทำให้สังคมเริ่มมองผู้ติดเชื้อในแง่บวกมากขึ้น เพราะหลายครอบครัวก็มีสมาชิกเป็นผู้ติดเชื้อ และรับรู้ว่ในบางครั้งการติดเชื้อเอชไอวีก็ไม่ได้สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ

การเปลี่ยนแปลงของรูปลักษณะทั้งทางด้านผิวพรรณ รูปร่าง หน้าตามีผลกระทบอย่างมากต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางรายน้ำหนักลดลง ผิวคล้ำ มีผื่นคันตามผิวหนัง สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความรังเกียจต่อผู้พบเห็น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อหลายรายต้องออกจากงาน เพราะความกลัวของนายจ้างและผู้ร่วมงาน

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ให้บริการทางสาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้ติดเชื้อ แต่ก็ยังพบทัศนคติด้านลบของผู้ให้บริการทางสาธารณสุขต่อผู้ติดเชื้อ

ถึงแม้ทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มลดลง แต่สังคมไทยก็ยังคงมีความรังเกียจ แยกแยะ และกีดกันผู้ติดเชื้ออยู่ตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อ แม้จะไม่รุนแรงเช่นในอดีต แต่สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อบางคนก็ยังคงแสดงความหวาดกลัว ซึ่งความกลัวดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องมาจากการรณรงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อในระยะแรก โดยสร้างความหวาดกลัวต่อสังคม ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ในระดับหนึ่ง แต่ผลที่ตามมาคือก่อให้เกิดความหวาดกลัวต่อผู้ติดเชื้ออย่างรุนแรง รังเกียจ พยายามแยกผู้ติดเชื้อออกไปจากสังคมที่ตนอยู่ เช่นให้ออกจากงาน ไม่ให้อยู่บ้านเดียวกัน ผู้ติดเชื้อจึงต้องแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจและการยอมรับทางสังคมโดยผ่านกลุ่มหรือชมรมผู้ติดเชื้อที่จัดตั้งกันอย่างแพร่หลายมากกว่าสมาชิกในครอบครัว

Lekas (2006) ได้ศึกษาความรู้สึกรังเกียจและตีตรา(stigmatization) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง ในยุคก่อนการใช้ยาต้านไวรัสและในยุคของการใช้ยาต้านไวรัสว่าเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกสัมภาษณ์ระหว่างเดือนตุลาคม ค.ศ.1994 จนถึงเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1996 เป็นยุคก่อนการใช้ยาต้านไวรัส กลุ่มที่ 2 สัมภาษณ์ระหว่างเดือนมีนาคม ค.ศ.2000 จนถึงเดือนเมษายน ค.ศ. 2003 ซึ่งเป็นระยะที่มีการใช้ยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สุ่มจากประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลได้ การศึกษานี้ทำที่เมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า จากการเปรียบเทียบข้อมูลในยุคก่อนและในยุคที่มีการใช้ยาต้านไวรัส ไม่พบความแตกต่างกัน ทางด้านการรับรู้การถูกตำหนิและตีตราจากสังคม ทัศนคติของบุคคลทั่วไปตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อไม่เปลี่ยนแปลง สังคมยังคงเชื่อว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น สำส่อนทางเพศ ติดยาเสพติด ผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่มีความรับผิดชอบ เป็นภาระต่อสังคม ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวีจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่สามารถควบคุมได้ ไม่จัดเป็นโรคร้ายแรงถึงแก่ชีวิตอีกต่อไป แต่สังคมยังคงไม่เปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นสัญลักษณ์ของพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าว การตีตราและอคติเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่

สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่กล้าเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อเริ่มต้นกระบวนการรักษาและป้องกัน เป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อปกปิดผลเลือด เกิดความเครียดที่ต้องแอบซ่อนขณะรับประทานยา ส่งผลต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและกระทบต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

ข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่าการตีตราและความรู้สึกถูกรังเกียจกีดกันผู้ติดเชื้อในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มลดลง ผู้ติดเชื้อรับรู้ว่าการทำแท้งของบุคลากรทางการแพทย์ที่แสดงท่าทีรังเกียจคนนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในยุคก่อนการใช้ยาต้านไวรัส คำพูดและพฤติกรรมที่บุคลากรแสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเปลี่ยนแปลงไป จากท่าทีที่แสดงความระมัดระวังการติดเชื้ออย่างชัดเจน เช่น ใส่ถุงมือขณะที่จะสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อ และรับล้างมือหลังจากให้บริการหรือตรวจรักษา การแสดงออกในลักษณะนี้ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกถึงความรังเกียจจากบุคลากร แต่ท่าทีและคำพูดที่ไม่คำนึงถึงความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเหล่านี้มีแนวโน้มลดลงในยุคของการใช้ยาต้านไวรัสในปัจจุบัน

Campero (2007) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศเม็กซิโก โดยศึกษาถึงอุปสรรคและความยากลำบากในการรับประทายาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา และศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์ผู้ดูแล เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 40 คนและผู้ใกล้ชิดจำนวน 24 คน การวิจัยนี้กระทำใน 4 รัฐของประเทศเม็กซิโก เป็นรัฐที่มีบริบททางสังคมแตกต่างกัน ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เคร่งครัดต่อการรักษา รับประทานยาผิดเวลาและไม่ต่อเนื่องมาจากการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพของแพทย์ ความด้อยประสิทธิภาพของสถาบันที่ให้การดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อที่มีประวัติรับประทายาแล้วหยุดเป็นระยะๆ ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ผลเสียจากการกระทำดังกล่าวว่าจะก่อให้เกิดผลร้ายต่อตนเองอย่างไร การสื่อสารที่ด้อยประสิทธิภาพเกิดจากการที่แพทย์ไม่มีเวลาเพียงพอในการอธิบายถึงกระบวนการรักษาและผลเสียที่จะเกิดขึ้นถ้าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง สำหรับผู้ติดเชื้อที่เคร่งครัดต่อการรักษา พบว่าผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้พึงพอใจแพทย์ที่ดูแลรักษาตน แพทย์รับฟังผู้ติดเชื้อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อที่มีต่อแพทย์และคุณภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อของแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเคร่งครัดต่อการรักษา รับประทานยาต่อเนื่องและตรงเวลา ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับแรกที่ส่งผลต่อคุณภาพการรักษา สัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์อาจเป็นปัจจัยเชิงสัมพันธภาพทางสังคมปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อความเคร่งครัดในการดูแลรักษาตนเองของผู้ติดเชื้อ

Hall (2002) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ โดยพัฒนาความคิดรวบยอดของความไว้วางใจจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์นั้นสรุปได้เป็น 5 มิติ

1. ความใส่ใจและการอุทิศตนของแพทย์โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. ความสามารถของแพทย์ มีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีการตัดสินใจที่ถูกต้องไม่มีข้อผิดพลาด
3. ความซื่อสัตย์ ไม่ปกปิดความจริง ไม่ให้ข้อมูลที่บิดเบือน
4. สามารถเก็บรักษาความลับได้

5. ความไว้วางใจโดยรวม เป็นความรู้สึกของความไว้วางใจที่ไม่อาจแบ่งแยกได้

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามที่สอดคล้องกับความคิดรวบยอดและความไว้วางใจในแต่ ละมิติ จำนวน 78 คำถาม และนำข้อคำถามนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญปรับแก้ไข หลังจากนั้นใช้กระบวนการ สทนากลุ่ม(Focus group) จำนวน 2 กลุ่ม ผู้ป่วยจำนวน 21 คน เพื่อให้เห็นและแก้ไขอีกครั้ง แล้ว นำเอาข้อคำถามที่ได้ไปทำการทดสอบในการวิจัยนำร่อง ในกระบวนการวิจัยนำร่องผู้วิจัยยังได้สัมภาษณ์ ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ในการวิจัยนำร่องเพื่อปรับปรุงแบบวัดนี้ทำทั้งสิ้นจำนวน 8 ครั้ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 297คน เมื่อได้แบบวัดที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ทดสอบความเที่ยงและความตรง ได้แบบวัดที่ ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม เลือกตอบโดยใช้การให้คะแนนแบบลิเกิตท์ ให้คะแนนแบบ 5 ระดับตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนที่มากหมายถึงความไว้วางใจที่มาก ผู้วิจัยได้นำแบบ วัดดังกล่าววัดความไว้วางใจของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,020 คน ในรัฐนอร์ทแคโรไลนา ประเทศ สหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม จากการวัดความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์พบว่า มีค่าเฉลี่ย 40.8 (พิสัย 10-50) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.2 ความไว้วางใจที่มีต่อแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างยัง อยู่ในระดับสูง

Halkitis(2005) ได้ศึกษาผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจของการใช้ยาต้านไวรัสต่อผู้ติด เชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพ ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่มผู้ติด เชื้อจำนวน 50 ราย เป็นผู้ติดเชื้อในรัฐทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศสหรัฐอเมริกา จุดประสงค์ ของการวิจัยนี้ต้องการศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการใช้ยาต้านไวรัสใน 3 ด้านคือ ทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ อารมณ์ และผลกระทบส่วนบุคคล เช่นสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความสัมพันธ์กับคู่ของตน ผล การศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้านไวรัสรับรู้ว่าคุณภาพดีขึ้น การตรวจปริมาณไวรัสในเลือด ลดลง ระดับเม็ดเลือดขาวที่บ่งบอกระดับภูมิคุ้มกันดีขึ้น ติดเชื้อแทรกซ้อนน้อยลง ผู้ติดเชื้อเชื่อ ว่าการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นทางร่างกายเป็นผลจากการใช้ยาต้านไวรัส สามารถกลับไปสู่วิถีปกติของตน ได้ทั้งการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน แต่พบผลกระทบทางร่างกายในทางลบด้วย เช่นต่อระบบ ทางเดินอาหาร ผิวน้ำแข็ง สีผิวคล้ำลง ผิวน้ำแข็งไวต่อการแพ้มากขึ้น การมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนช่วยให้ผู้ ติดเชื้อสามารถทนต่อผลข้างเคียงที่ได้รับจากยา ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อกังวลต่อการ รับประทานยาที่ต้องตรงเวลา ทำให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และเมื่อ รับประทานยาผู้ติดเชื้อถูกกระตุ้นเตือนให้ระลึกถึงโรค นึกถึงความตาย ก่อให้เกิดความหดหู่ ซึมเศร้า สำหรับผู้ติดเชื้อบางราย การมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นกลับเป็นความทรมานที่ตนเองจะต้องทนกับความรู้สึกของ การเตรียมตัวตายเป็นระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ความกังวลยังมาจากความไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของยา ว่าในระยะยาวแล้วยังคงมีประสิทธิภาพในการกำจัดไวรัสได้เช่นเดิมหรือไม่ การต้องรับประทานยา อย่างเคร่งครัดเป็นเวลานานก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ติดเชื้อ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ติดเชื้อและแพทย์มีความสำคัญ เพราะการ รับประทานยาต้านไวรัสก่อให้เกิดความกลัวต่อผู้ติดเชื้อ เนื่องจากไม่เข้าใจถึงกลไกที่ยาเข้าไปทำลาย และควบคุมไวรัสในร่างกาย ความไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถรับยาไปได้ตลอดชีวิตหรือไม่

ประสิทธิภาพของยาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นเมื่อต้องได้รับยาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานตลอดชีวิต พบว่า การที่แพทย์รับรู้ความกลัวของผู้ติดเชื้อ ให้ความเอาใจใส่ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับสิ่งที่ผู้ติดเชื้อต้องการ ก่อให้เกิดความไว้วางใจ และช่วยลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อลงไปได้อย่างมาก

ผลกระทบส่วนบุคคล พบว่าในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผู้ติดเชื้อต้องการการสนับสนุนทางจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน ผู้ติดเชื้อบางรายได้รับรู้ความรัก ความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวซึ่งช่วยเตือนและดูแลในเรื่องการรับประทานยาให้ตรงเวลา แต่ในขณะเดียวกัน การรับประทานยาก็เป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ติดเชื้อ การเปิดเผยการรับประทานยาของตนก็เท่ากับการเปิดเผยผลเลือด จึงต้องแอบหรือหลบซ่อนขณะรับประทานยา

ผู้ติดเชื้อรับรู้ได้ถึงสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความหวังในการมีชีวิตที่ยืนยาว ถึงแม้จะมีอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาต้านไวรัสก็ตาม แต่เมื่อเปรียบเทียบแล้วผลดีมากกว่าผลเสียที่เกิดขึ้น การสื่อสารที่เหมาะสมของแพทย์ช่วยลดความเครียดของผู้ติดเชื้อลง ช่วยให้การใช้ยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

Carr (2001) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี และบุคลากรทางการแพทย์ในระดับปฐมภูมิที่ให้การดูแลรักษา ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล(grounded theory) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการที่ก่อให้เกิดความไว้วางใจและลักษณะของความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ติดเชื้อและบุคลากรที่ให้การดูแล ซึ่งรวมทั้งแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติหรือผู้ช่วยแพทย์ การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 14 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ ผลการศึกษาพบว่า ความไว้วางใจที่เกิดขึ้นเกิดผ่านกระบวนการที่เรียกว่าการสร้าง ความไว้วางใจ(negotiating trust) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ผ่านช่วงเวลาของการมีสัมพันธภาพต่อกัน ในกระบวนการนี้สัมพันธภาพเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ไม่ได้เปลี่ยนแปลงแบบคงที่ นั่นคือไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคล้ายเส้นตรง แต่สัมพันธภาพนี้อาจเดินหน้าหรือถอยหลังกลับ อาจดีขึ้นเป็นบางระยะและก็อาจแย่ลงในเวลาต่อมา ขึ้นกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อและบุคลากร ผู้ติดเชื้อจะพัฒนาความไว้วางใจต่อบุคลากรได้หรือไม่ขึ้นกับการแสดงออก ท่าทีและลักษณะของสัมพันธภาพ ถ้าสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความไว้วางใจในผู้ติดเชื้อ ความไว้วางใจจะค่อยๆเพิ่มพูน สะสมผ่านกาลเวลา การเกิดขึ้นและพัฒนาความไว้วางใจในผู้ติดเชื้อต่อบุคลากรจึงเกิดขึ้นผ่านกระบวนการสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจต่อกระบวนการในการสร้างความไว้วางใจจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ตระหนักในท่าทีของตน ความใส่ใจและการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อที่ต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สัมพันธภาพในครั้งแรกอาจจะดี แต่ถ้าในครั้งต่อไปเป็นในเชิงลบต่อการสร้างความไว้วางใจก็จะเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

McCoy (2005) ได้ศึกษาสัมพันธภาพระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแพทย์ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ด้อยโอกาสทางสังคม เพื่อเรียนรู้จากมุมมองของผู้ติดเชื้อว่า ลักษณะของแพทย์ที่ดีนั้นเป็นอย่างไร โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลและการสนทนากลุ่ม เป็นผู้ติดเชื้อในเมืองโตรอนโต รัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา รวมทั้งสิ้น 79 คน ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยแสดงออกด้วยท่าทีที่ไม่ต้อนรับ การค้นหาแพทย์ที่

ตนเองไว้ใจ แสดงท่าทีเต็มใจและยินดีที่จะดูแลเป็นเรื่องยากสำหรับผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ โดยเฉพาะผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดหรือเคยต้องโทษมาก่อน และในหลายครั้งถูกปฏิเสธโดยการส่งต่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่น

การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ติดเชื้อให้ความหมายของคำว่าไว้วางใจว่า การที่ตนจะไว้วางใจแพทย์นั้น แพทย์ต้องมีความเชี่ยวชาญด้านการรักษา ท่าทีของแพทย์ต้องให้เกียรติ ให้การยอมรับ ไม่แสดงท่าทีดูถูกหรือไม่ให้เกียรติ ความไว้วางใจเป็นความรู้สึกของผู้ติดเชื้อที่จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อแพทย์ยอมรับและแสดงท่าทีที่ให้เกียรติ ไม่ทำตนเหนือกว่า สำหรับผู้ติดเชื้อบางรายความไว้วางใจแพทย์จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อ แพทย์ให้ความใกล้ชิด ไม่แสดงท่าทีเหินห่าง การแสดงความคุ้นเคยไม่ถือตัวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการยอมรับและให้เกียรติจากผู้ที่อยู่ในสถานภาพที่เหนือกว่า การให้การยอมรับไม่ใช่เพียงยอมรับในตัวผู้ติดเชื้อเท่านั้น แต่ต้องยอมรับวิถีชีวิตและการกระทำที่ผ่านมาของผู้ติดเชื้อโดยไม่ตัดสินหรือแบ่งแยกอีกด้วย เพราะผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้บางรายเคยใช้ยาเสพติด และบางรายมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป การยอมรับยังรวมถึงยอมรับการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อในกระบวนการรักษา ซึ่งอาจขัดแย้งและส่งผลเสียเมื่อพิจารณาจากมุมมองทางการแพทย์ ผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้บางคนสงสัยถึงความจริงใจของแพทย์ในการพยายามจูงใจให้ผู้ติดเชื้อใช้ยาต้านไวรัสว่าอาจมีผลประโยชน์ของแพทย์แอบแฝงอยู่หรือไม่ ผู้ติดเชื้อต้องการให้แพทย์ยอมรับการตัดสินใจที่จะไม่ใช้ยาต้านไวรัส แม้จะถึงเวลาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม ผู้ติดเชื้อได้อธิบายถึงแพทย์ที่ช่วยเหลือตนอย่างแท้จริงว่า “แพทย์จะให้ความสำคัญกับชีวิตของผู้ติดเชื้อก่อน” พยายามปรับกระบวนการรักษาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อ ไม่ได้คำนึงถึงการให้ยาหรือกระบวนการรักษามาก่อนเป็นอันดับแรก แล้วพยายามบังคับผู้ติดเชื้อให้ทำตามให้เข้ากับกระบวนการรักษา แม้ในบางครั้งผู้ติดเชื้ออาจไม่สามารถรับประทานยาตรงตามเวลาอย่างเคร่งครัด แพทย์ก็ให้การยอมรับและไม่ปฏิเสธความช่วยเหลือ ยังคงให้การดูแลและสนับสนุนเช่นเดิม

แพทย์ที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้ยังหมายถึงแพทย์ที่ให้การช่วยเหลือนอกเหนือไปจากการรักษาโรค เช่น ให้ความช่วยเหลือหรือแก้ปัญหาครอบครัว ให้ความช่วยเหลือแนะนำเรื่องรายได้ ที่พักอาศัย ในกรณีนี้แพทย์เป็นมากกว่าผู้รักษาและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในทุกมิติ ถึงแม้แพทย์จะยอมรับการตัดสินใจของผู้ติดเชื้อ แต่แพทย์ที่ดีก็ยังคงมั่นคงต่อบทบาทของตน เช่น ในบางรายที่ร้องขอยาเสพติดหรือยากล่อมประสาทที่อาจเกิดอันตราย แพทย์ก็ยังคงมั่นคงกับการไม่ยอมทำตามผู้ติดเชื้อ แพทย์ที่ดีใน ความหมายของผู้ติดเชื้อเป็นแพทย์ที่ใจดี ใหเวลากับผู้ติดเชื้อในการอธิบายข้อมูลอย่างละเอียด ไม่เพียงบอกข้อมูลด้านยาหรือการรักษาเท่านั้น แต่ยังสอนผู้ติดเชื้อด้วยภาษาที่เข้าใจง่ายให้รับรู้ถึงลักษณะและการดำเนินโรค และพยายามให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงแค่ให้ข้อมูลเท่านั้น

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทั้งในส่วนขององค์ความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ข้อมูลเกี่ยวกับความไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม จิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความไว้วางใจของผู้ติดเชื้อต่อแพทย์ และมีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และ

เมื่อเข้าสู่สนามของการวิจัย องค์ความรู้เหล่านี้ช่วยให้ผู้วิจัยมีมุมมองที่ลึกซึ้งต่อผู้ติดเชื้อและต่อข้อมูลที่ได้รับ ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความไว้วางใจที่เกิดขึ้นต่อยอดไปจากความรู้ที่เคยมีมา เป็นความเข้าใจที่ผสมผสานข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน