

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขอนำเสนอสาระสำคัญ ตามลำดับ ดังนี้

1. โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
2. เอสไอวีและการคิดเชื้อเอสไอวี
3. การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอสไอวี
4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตแนวพุทธและโยคะสมาธิ
5. การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

โรงพยาบาลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

1. ที่ตั้งและประชากรที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลท่าม่วง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 60 หมู่ที่ 7 ตำบลบางคู อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี อยู่ห่างจากจังหวัดลพบุรี ไปตามถนนสายลพบุรี-สิงห์บุรี ประมาณ 10 กิโลเมตร รับผิดชอบประชากรทั้งสิ้น 50,341 คน เป็นชาย 23,622 คน หญิง 26,719 คน โดยมีจำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 10,721 ครัวเรือน

2. บทบาทภารกิจของโรงพยาบาลท่าม่วง

โรงพยาบาลท่าม่วงเป็นแม่ข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นสถานีนอมาัย 12 แห่ง คลินิกแพทย์ 2 แห่ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 128 แห่ง โดยมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดังนี้

2.1 วิสัยทัศน์ คือ ประชาชนได้รับการดูแลขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพ

2.2 พันธกิจที่สำคัญ คือ ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เชื่อมโยงทุกเครือข่าย ได้มาตรฐานวิชาชีพ และผู้รับบริการพึงพอใจ

2.3 ยุทธศาสตร์ 4 ด้านได้แก่

2.3.1 เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดีของประชาชน

2.3.2 พัฒนาการบริหารแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

2.3.3 พัฒนาระบบบริการให้ได้มาตรฐาน

2.3.4 คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คุ้มครองภูมิปัญญาพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

2.4 เป้าหมายการให้บริการ

2.4.1 ประชาชนกลุ่มป่วยได้รับการดูแลแบบผสมผสานเป็นองค์รวมอย่าง ต่อเนื่องได้มาตรฐาน เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2.4.2 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็น รูปธรรม สามารถป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยได้

2.4.3 ประชาชนกลุ่มปกติได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่าง ต่อเนื่อง

2.4.4 องค์กรชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคแก่ประชาชนในพื้นที่ ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

2.4.5 ประชาชนทุกกลุ่มและองค์กรชุมชนเกิดความพึงพอใจในบริการ

3. กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เป็นหน่วยงานหนึ่งของโรงพยาบาลท่าแร่ ที่มีบทบาทประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชนในเขตและนอก เขตอำเภอท่าแร่ในการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคควบคุมโรคอย่าง ผสมผสานและมีประสิทธิภาพ ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพแก่ ประชาชนทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน โดยบุคลากรที่มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเป็น ที่ยอมรับของประชาชนทุกระดับ และส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

4. การบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลท่าแร่ได้เปิดบริการให้ คำปรึกษาผู้ป่วยทั่วไป ยาเสพติด ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา โดยการให้คำปรึกษาแนะนำการรักษาตามอาการและระดับประคองให้ผู้ติดเชื้อ เอชไอวีให้มีกำลังใจที่จะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคเพื่อตนเองและครอบครัวต่อไป แต่ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อรู้ว่าติดเชื้อจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังหมดกำลังใจ ร่างกายอ่อนแอเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายไม่มียารักษาให้หาย ทำงานประกอบอาชีพไม่ไหว สุดท้ายได้เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิตในเวลารวดเร็วและ ทุกข์ทรมาน

ใน ปี พ.ศ.2547 โรงพยาบาลท่าแร่ได้เริ่มดำเนินงานตามโครงการเข้าถึงเอดส์ให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสในกรณีที่มีค่าภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลบ.มม. หรือมีอาการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้ามารับการรักษาคั้ง แรก 20 คน เสียชีวิต 2 คน ย้ายที่อยู่ 5 คนและมีอาการแพ้ยา 3 คน ปัจจุบันจึงมีผู้ติดเชื้อเอชไอ วีที่มารับการรักษอย่างต่อเนื่อง 10 คน

เอชไอวีและการติดเชื้อเอชไอวี

1. ความหมายของเอชไอวี

เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสซึ่งทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ไม่สามารถต้านทานโรคได้ เกิดจากการเสาะหา ไม่ได้ผิติดปกติมาแต่กำเนิด ไม่ได้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ (อนุวัตร ลี้มสุวรรณ, 2532, หน้า 97-103) สาเหตุอาจเกิดจากเชื้อไวรัสทำลายภูมิคุ้มกันโดยตรง หรือเป็นผลเนื่องมาจากความผิดปกติในการทำงานระบบของภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ทั้งนี้ เพราะเซลล์สร้างภูมิคุ้มกันถูกทำลาย ทำให้เกิดการติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส (opportunistic infection) หรือมะเร็งบางชนิดได้ง่าย

จึงสรุปได้ว่า เชื้อเอชไอวีเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อดังกล่าวจะไม่สามารถทำลายเชื้อนี้ได้ ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยบ่อยๆ เมื่อตรวจเลือดจะพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวี เกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตในที่สุด

2. ผลของเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) ซึ่งเป็นชื่อสากลตั้งขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2529 เดิมเรียกว่า Human T – Lymphotropic virus III หรือ HTL III เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ปัจจุบันเชื้อที่ทำให้เกิดโรคเอดส์มีมากกว่า 1 ชนิด

3. การติดต่อของเอชไอวี

เอชไอวีสามารถแพร่กระจาย ได้ 3 ทาง คือ

3.1 ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งเพศเดียวกันและต่างเพศ การร่วมเพศกับผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี โดยไม่มีการป้องกันเพียงครั้งเดียว มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยร้อยละ 1

3.2 การได้รับถ่ายเลือด ผลิตภัณฑ์จากเลือด อวัยวะปลูกถ่าย การใช้เข็มฉีดยา และหลอดฉีดยาที่มีเชื้อเอชไอวีร่วมกัน เช่น ในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การใช้เข็มหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่สะอาด การสัก การเจาะรูคัมพู

3.3 การติดต่อจากมารดาสู่ทารก เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ 3 ระยะตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ระหว่างคลอด และระยะหลังคลอดโดยผ่านทางน้ำนม (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543) ในกรณีที่มารดาติดเชื้อโดยการปนเปื้อนเลือดของมารดา ระหว่างคลอด เช่น เชื้อเข้าทางรอยตัดสายสะดือ หรือการกินน้ำนมมารดาเข้าไปขณะคลอด โอกาสจะติดเชื้อไปยังทารกพบว่ามีได้ประมาณ ร้อยละ 30 ทารกอาจได้รับเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือระหว่างคลอด

4. อาการและการแสดงของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการแตกต่างกันมากมีตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการเลยจนถึงมีอาการของมะเร็ง หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ร้ายแรง จนทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับการติดเชื้อฉวยโอกาสตามระบบต่างๆ ของร่างกาย กองระบาดวิทยา ร่วมกับกองโรคเอดส์และนักวิชาการจากสถาบันต่างๆ ได้แบ่งระยะการติดเชื้อออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

4.1 ระยะเวลาไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ในระหว่างนี้สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติ แต่บางรายอาจจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ซึ่งจะหายได้โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน ถ้าตรวจเลือดจะได้ผลบวกหลังรับเชื้อ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ติดเชื้อส่วนมากจะอยู่ในระยะนี้และไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

4.2 ระยะเวลาเริ่มปรากฏอาการ (symptomatic HIV infection) ตรวจพบผลเลือดบวกต่อเชื้อเอชไอวี ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น ติดเชื้อราในปากและลำคอ งูสวัด มีแผลริมชนิดลุกลาม มีอาการต่างๆ เรื้อรังเกิน 1 เดือน เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผิวน้ำหนักลด

4.3 ระยะเวลาเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมากจนร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ จำนวนเม็ดเลือดขาวน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลบ.มม จึงทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย เช่น ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ บางรายเป็นมะเร็ง เช่น มะเร็งหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง บางรายติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้มีอาการทางประสาทความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย แขนขาชา ซักกระดูก หรือเป็นอัมพาตครึ่งซีกได้

5. ปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5.1 ระยะเวลาของการเกิดปัญหา

5.1.1 ปัญหาก่อนการติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ คือ ความสับสนความกังวลเรื่องการติดเชื้อหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคู่อุปการครองของผู้ติดเชื้อ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่มีปัญหาพื้นฐานอันอาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี เช่น หญิงขายบริการทางเพศ เป็นต้น

5.1.2 ปัญหาขณะพบว่าติดเชื้อและยังไม่มีอาการ

ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์เป็นปัญหาแรกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ ทั้งนี้ สืบเนื่องมาจากโรคเอดส์ เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอน อีกทั้งเป็นโรคติดต่อที่บุคคลรอบข้างและสังคมรังเกียจ เพราะกลัวการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงสร้างความกดดันให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากยิ่งขึ้น ไม่กล้าเปิดเผยการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งความเครียดและความคับข้องใจจะเพิ่มมากขึ้นหากความลับถูกเปิดเผย และครอบครัวทราบแต่ไม่ยอมรับ หรือมีปฏิกิริยาเชิงรังเกียจจากเพื่อนบ้านและชุมชน รวมทั้งทัศนคติและการปฏิบัติในเชิงแบ่งแยกจากเจ้าหน้าที่ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะยิ่งเพิ่มความกดดันทางอารมณ์เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก

5.1.3 ปัญหาเมื่อเริ่มมีอาการป่วย

การดำเนินของโรคผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการป่วยเป็นระยะๆ และเป็นแบบเรื้อรังด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ อาทิ ปอดบวม เชื้อราในเยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีอาการป่วยปัญหาต่างๆ ก็จะทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น ต้องการบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

5.1.4 ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต

ผู้ป่วยเอชไอวีระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิตมักมีอาการป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ครอบครัวจะยิ่งประสบปัญหาเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้นเพราะนอกจาก จะต้องสูญเสียรายได้แล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม ผู้ป่วยในระยะนี้ต้องการกำลังใจ รวมถึงการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual) เนื่องจากต้องเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวลและการเตรียมตัวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะครอบครัวที่มีเด็กจะวิตกกังวลว่าใครจะเป็นผู้ให้การเลี้ยงดูเด็กแทน หรือพ่อแม่ที่ชราไม่มีคนดูแล

5.2 สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่างๆ ดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจ ดังนี้

5.2.1 ปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นปัญหาแรกที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ เนื่องจาก เอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ที่ยังไม่มียารักษาได้ผลแน่นอน การได้รับรู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวี มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกอย่างรุนแรง มีความรู้สึกตกใจ ใจหาย สับสน งุนงง เกิดความรู้สึกกลัวอย่างมาก มีทั้งความรู้สึกกลัวตาย กลัวญาติพี่น้องและสังคมรังเกียจ (อัจฉรา ดันตรีรัตนวงศ์, 2541, หน้า 54) กลัวทุกข์ทรมาน กลัวถูกเปิดเผยความลับ เสียใจที่ตนเองติดเชื้อ รู้สึกว่ามีตราบาป ยิ่งเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยบ่อย ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองจะแสดงออกมาให้คนอื่นได้สังเกตเห็น และรู้ว่าตนเองเป็นเอดส์ วิตกกังวลว่าจะแพร่เชื้อไปยังคนที่ตนรักในครอบครัว ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้จะหลบหนี ไม่ต้องการคบหาสมาคมกับใคร เกรงว่าครอบครัวและเพื่อนฝูงจะรู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวี และแสดงอาการรังเกียจ ในกรณีที่มีการติดเชื้อเอชไอวีถูกเปิดเผย เกิดความคับข้องใจและกังวลใจ ทำให้เกิดความเครียด จากปัญหาต่างๆ มากยิ่งขึ้น บางรายอาจมีปัญหากับครอบครัว ครอบครัวจะโกรธผู้ติดเชื้อ กลัวการติดโรค กลัวคนอื่นรู้แล้วรังเกียจ อาจทำให้ครอบครัวหลีกเลี่ยงที่จะติดต่อกับผู้ติดเชื้อ เกิดการละทิ้งผู้ติดเชื้อ การมีผู้ติดเชื้อในครอบครัว ทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว การที่ครอบครัวไม่ยอมรับ ทำให้ครอบครัวปล่อยผู้ติดเชื้อให้อยู่คนเดียว เมื่อมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเกิดขึ้น ก็ยิ่งทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง ว้าเหว่ และบางรายมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และในระยะสุดท้าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องการที่พึ่งพิงทางจิตใจ โดยเฉพาะในเรื่องทางจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเผชิญกับความตายในที่สุด

5.2.2 ปัญหาทางด้านร่างกาย โดยปกติอาการผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีอาการป่วยเป็นระยะๆ และเป็นแบบเรื้อรังด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเวียนเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ จากอาการที่เจ็บป่วย ร่างกายมีอาการเปลี่ยนแปลงจากคนที่เคยมีร่างกายที่แข็งแรง กลายเป็นคนที่ร่างกายอ่อนแอ ผอมแห้ง

มีอาการที่พบบ่อยคือ ค่อมน้ำเหลืองโคทั่วร่างกาย โดยเริ่มจากบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบ รูปร่าง หน้าตาบวม มีไข้เรื้อรัง เมื่อเชื้อในร่างกายนี้อาจเพิ่มมากขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเริ่มมีอาการ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อุจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลิ้นเป็นฝ้าขาว เมื่อปรากฏอาการป่วยในระยะสุดท้าย จะปรากฏอาการมะเร็งทั่วร่างกาย บริเวณเยื่อบุอ่อนใน ร่างกาย บางรายเชื้อจะลุกลามเข้าไปในระบบประสาท ทำให้มีอาการความทรงจำเสื่อม อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ คลุ้มคลั่งหรือเป็นอัมพาตครึ่งซีกเกิดขึ้น ซึ่งทำให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้มีความ ต้องการในการดูแลทางด้านร่างกาย ผู้ที่มีส่วนที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ สามารถจะดูแลตนเองได้คือบุคคลในครอบครัว

5.2.3 ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็น โรคที่สังคมยังไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกที่ว่า ตนเองมีตราบาปทางสังคม มักถูกให้ออกจากงาน ทำให้สูญเสียอาชีพและรายได้ที่ตนเองเคยได้รับ บางรายที่นายจ้างยังไม่รู้ เมื่อสุขภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ทำให้ต้องลางานหรือหยุดงานบ่อย จนอาจ ถูกให้ออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้น การมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในครอบครัวก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากต่อสถานะการเงินของครอบครัว เพราะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้น ผลกระทบนี้จะยิ่งรุนแรงหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นหัวหน้าครอบครัวที่เป็นหลักในการทำงานหาเงินมาเลี้ยง ครอบครัวย แต่ถ้าเป็นสมาชิกในครอบครัวก็ต้องเป็นภาระที่ครอบครัวจะต้องแบ่งเวลามาให้ การดูแลด้วยทำให้ครอบครัวไม่สามารถทำงานหาเงินได้เต็มที่ เป็นเหตุให้ครอบครัวมีรายได้น้อยลง ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาหนักถ้าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีฐานะยากจนและประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งไม่มีหลักประกันรายได้และสวัสดิการต่างๆ ในกรณีที่ครอบครัวและสังคมไม่ยอมรับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจถูกไล่ออกจากครอบครัวและชุมชน ทำให้ไม่มีที่พำนักอาศัย เมื่อเสียชีวิต บุตรก็จะกลายเป็นเด็กกำพร้าเป็นภาระของสังคมต่อไป ดังนั้น สิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการคือ การยอมรับของครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้เขามีกำลังใจต่อสู้ชีวิตต่อไป และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

สรุปได้ว่า สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จะเริ่มต้นที่จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ทำให้กังวลนอนไม่หลับ จนส่งผลกระทบต่อร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วย กระทบต่อสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม จึงควรที่จะมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ดีขึ้น เพื่อความมั่นคง และปลอดภัยต่อไป

การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้คิดเชื้อเอชไอวี

1. ความหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ "คุณภาพ" หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ "ชีวิต" หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น "คุณภาพชีวิต" หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542, หน้า 253) มีคำและข้อความที่มีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีความหมายและการะหน้าที่ของบุคคล (Dean, 1985, pp. 96-100) คุณภาพชีวิตมีความหมายหลากหลาย ดังนี้

ลิว (Liu, 1975, p.2) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในเชิงจิตพิสัย หมายถึง ความผาสุก (well being) การอยู่ดีมีสุขของบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในส่วนของบุคคล คุณภาพชีวิตจะแสดงออกมาในรูปของความต้องการ เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขหรือความ พึงพอใจ

พาดิลลา และแกรนด์ (Padilla & Grand, 1985, p. 45) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติตนเองต่อสุขภาพ ความพอใจในชีวิตและความรู้สึกว่าคุณเองได้รับการช่วยเหลือทางสังคม

อัมพรพรรณ ชีรานุวัตร และคนอื่นๆ (2541, หน้า 20) ได้สรุปว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ความผาสุกในชีวิต เป็นความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว

จากความหมายตามที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นจุดมุ่งหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งมุ่งหวังที่จะทำให้ชีวิตของตนมีความสุข เป็นผลของการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง แม้ในบุคคลที่เจ็บป่วยและต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ แต่ผู้ป่วยก็พยายามที่จะตอบสนองความต้องการของตนเองเท่าที่สามารถทำได้เพื่อการดำรงอยู่และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมมีความหมายซับซ้อน (Holmes & Diekerson, 1987, p. 16) เป็นคำรวมที่กว้างขวางครอบคลุมหลายสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่มาจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึก และอารมณ์ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางกายภาพรอบข้าง องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในกลุ่มคนและผู้ป่วยโรคต่างๆ มากมาย และได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ซึ่งมีความหลากหลายดังนี้

มาสโลว์ (Maslow, 1970, p. 138) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่อไปนี้ตามลำดับ คือ (1) ความ

ต้องการเพื่อการอยู่รอดของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและความต้องการทางเพศ (2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (3) ความต้องการความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และความรู้สึกเป็นเจ้าของ (4) ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือและ (5) ความต้องการความสำเร็จและความรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต ฟลานานแกน (Flanagan,1978, p.138) กล่าวถึงมิติของคุณภาพชีวิต ถือว่าเป็นความพึงพอใจในด้านต่างๆ ประกอบด้วย 5 ด้านคือ (1) ความปกติสุขทางด้านร่างกายและวัตถุ (2) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม (4) การพัฒนาตนเองและประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ และ (5) การมีสันติภาพทางจิต (Zhan,1992, p. 759) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีส่วนแตกต่างกันและคล้ายคลึงคือ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือยึดมั่นในทัศนคติ ภาวะสุขภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจในอาชีพ การศึกษา รายได้ ฯลฯ

ส่วน เฟอร์แรนส์ และพาวเวอร์ (Ferrans & Power,1992, p.30) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 มิติ คือ (1) สุขภาพและการทำหน้าที่ (2) จิตใจ/จิตวิญญาณ (3) สังคมเศรษฐกิจและ (4) ครอบครัว องค์การอนามัยโลก (The WHO group,1994, p.29-38) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบที่ถือว่าเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมี 6 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (4) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (5) ด้านสิ่งแวดล้อม และ (6) ด้านความเชื่อระหว่างบุคคล แมคสเวนนี่ และแกรนต์ (McSweeney & Grant,1988) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ 4 มิติ ดังนี้ (1) ภาวะอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ (2) บทบาทหน้าที่ทางสังคม รวมถึงสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม (3) การทำกิจวัตรประจำวัน และ (4) การทำงานอดิเรกและการพักผ่อนหย่อนใจ

บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องมีความ พึงพอใจ มีความสุขและรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิต ดังนั้นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตได้นั้นมี 4 ประการ ได้แก่ (1) ความรู้สึกพอใจกับชีวิตโดยทั่วไป (2) มีความสามารถทางจิตใจที่จะประเมินชีวิตของตนเอง (3) มีความพอใจกับภาวะร่างกาย จิต สังคมและอารมณ์ และ (4) การดำเนินชีวิตที่มีภาวะที่เหมาะสม ไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิต เฟอร์เรล และคนอื่นๆ (Ferrrell, et al.,1995, p 915) ได้สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) ความผาสุกด้านร่างกายและอาการทางกาย ได้แก่ความสามารถในการทำหน้าที่ร่างกาย อาการเหนื่อยล้า การพักผ่อนนอนหลับ ภาวะเจริญพันธุ์ อาการเจ็บปวด สุขภาพร่างกายโดยทั่วไป (2) ความผาสุกด้านจิตใจ ได้แก่ ความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การใช้เวลาว่าง ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย การรับรู้ความสุข ความทุกข์ การกลับเป็นซ้ำ (3) ความผาสุกด้านสังคม ได้แก่ ความทุกข์ทรมานของครอบครัว บทบาทและสัมพันธภาพ บทบาททางเพศ การจ้าง

งานฐานะการเงิน และ(4) ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิ ความหวัง ความไม่แน่นอนในอนาคต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, และนิภา มนูญปิฎ (2525) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนคติของนักจิตวิทยา นักวิชาการสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยแบ่งมนุษย์ออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) ส่วนของร่างกาย (2) ส่วนของอารมณ์ และ (3) ส่วนของความคิด องค์ประกอบเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหว ทำให้เกิดความต้องการด้านต่างๆ เกิดขึ้นดังนี้ ความต้องการทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ทางสังคม ทางความคิด และทางจิตใจ ความต้องการต่างๆ ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดี จะทำให้นุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข การที่จะมีความสุขได้นั้นจะต้องมีความสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพราะร่างกาย อารมณ์และความคิดจิตใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของชีวิต (สุเมธ ดันติเวชกุล, 2531)

ผ่องสาย จูงใจไพศาล และคนอื่นๆ (2542) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพโดยวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามประสบการณ์จริงของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 3 ประการ ดังนี้ (1) การทำใจ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนความคิดในแง่ดี ไม่คิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คิดอยู่กับปัจจุบัน คิดยอมรับการพึ่งพา คิดยอมรับความจริงและทำใจให้สงบ (2) การมีความหวัง ได้แก่ คิดหวังในสิ่งที่พอจะเป็นไปได้ คิดสร้างเป้าหมายใหม่ และสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น คิดวางเป้าหมายในชีวิตให้ลูก และคิดหวังให้มีสุขภาพแข็งแรงมากที่สุด (3) การรับรู้คุณค่าในตนเอง ได้แก่ ภูมิใจได้ปฏิบัติบทบาทมารดา ภูมิใจที่ตนมีประโยชน์ต่อผู้อื่น และรับรู้ถึงสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 ประการ คือ

2.1 ด้านร่างกาย เป็นองค์ประกอบที่สนองต่อความต้องการทางด้านร่างกายทำให้มนุษย์มีชีวิตอยู่ได้ เพราะเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย ความสามารถควบคุมการเจ็บป่วยและดูแลร่างกายให้ปกติได้

2.2 ด้านจิตใจ เป็นองค์ประกอบที่สนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตเพราะการมีร่างกายที่ปกติสมบูรณ์เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เพราะมนุษย์ต้องเกิดความรู้สึกต่อสิ่งที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความรัก ความผิดหวัง ความคับข้องใจหรือมั่นคงปลอดภัย สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนประกอบที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์ของชีวิตมากขึ้น

2.3 ด้านสังคม เป็นองค์ประกอบที่สนองต่อความต้องการทางด้านสังคม เพราะมนุษย์ทุกคนทั้งยามปกติและเจ็บป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมที่เป็นชุมชน และสิ่งแวดล้อมของการมีสังคมที่เอื้ออาทรและให้การยอมรับต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นสังคมที่พึงปรารถนาของ

ผู้คิดเชื่อ เพราะย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจและร่างกายของผู้คิดเชื่อ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นองค์รวมที่องค์ประกอบแต่ละด้านมีอิทธิพลต่อกันและกัน

3. การประเมินคุณภาพชีวิต

กรมสุขภาพจิต (2545, หน้า 69-72) ได้พัฒนาแบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม หลังจากนั้นคณะทำงานพัฒนาเครื่องชี้วัดได้ทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน นำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำทำเช่นนี้อยู่ 3 รอบ การศึกษาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นตามวิธีการของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความเที่ยงตรง (validity) เท่ากับ 0.65 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ยอมรับอย่างเป็นทางการ จำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

ในแบบประเมินคุณภาพชีวิตฉบับนี้มีคำถาม 26 ข้อ มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ โดยจำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1 องค์ประกอบด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2 3 4 10 11 12 และ 24

3.2 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5 6 7 8 9 และ 23

3.3 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13 14 และ 25

3.4 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15 16 17 18 19 20 21 และ 22

3.5 ส่วนข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ในการวิจัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อเฮซไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง ครั้งนี้เป็นการพัฒนาแบบองค์รวม ใช้กระบวนการพัฒนาทั้ง 4 ด้านไปพร้อมๆ กัน จึงประยุกต์ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นแนวทางในการประเมินผลการพัฒนา โดยตัดคำถามข้อ 1 (ตัดชีวิตหมวดคุณภาพชีวิต) และข้อ 26 (ตัวชี้วัดสุขภาพโดยรวม) ออกทำให้มีคำถาม 24 ข้อ

4. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้คิดเชื่อเฮซไอวี

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อเฮซไอวี โดยการรักษา ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ จึงมีเพียงรักษาตามอาการและยับยั้งการลุกลามของเชื้อไวรัสเพื่อยืดอายุของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น (วิชัย โชควิวัฒน์, 2543, หน้า 42) ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้คิดเชื่อเฮซไอวี แบ่งเป็นดังนี้

4.1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย

4.1.1 การทำความสะอาดร่างกายอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผิวหนังมีความแข็งแรง คงทน ยืดหยุ่น ชุ่มชื้น ตลอดจนช่วยลดและป้องกันการติดเชื้อได้

4.1.2 การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ โดยดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีสารอาหารครบทุกหมู่ควรเป็นอาหารสดที่ปรุงสุก หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารหมักดอง ของมีเน่า อาหารกระป๋องหรืออาหารที่ทำแล้วแต่เก็บไว้ได้นาน และควรให้รับประทานอาหารให้ตรงเวลาวันละ 3 มื้อ

4.1.3 การดูแลการพักผ่อนและนอนหลับ การพักผ่อนและนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต มนุษย์ทุกคนควรจะได้รับ การพักผ่อนและนอนหลับในแต่ละวัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจและช่วยให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อต่างๆ ให้ดีขึ้นและลดการติดเชื้อ ถ้าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเรื่องกังวลใจ ควรเป็นผู้รับฟังและให้โอกาสระบายความกังวลใจต่างๆ สนับสนุนให้ได้ทำกิจกรรมที่ช่วยให้สบายใจขึ้น เช่น การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ ซึ่งจะช่วยให้นอนหลับได้มากขึ้น

4.1.4 การดูแลการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรทำงานหรือทำกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ ควรเลือกออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ถ้าสภาพร่างกายยังแข็งแรงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถเลือกออกกำลังกายที่ตนเองถนัดและทำแล้วมีความสุข ได้แก่ การวิ่ง การเดิน การกระโดด โดยให้ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที และควรทำอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ถ้ามีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ควรออกกำลังกาย โดยการเดิน การรำมวยจีน การรำมวยไทย โดยออกกำลังกายวันละ 15-20 นาที อย่างสม่ำเสมอ สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง เช่นเดียวกัน

4.1.5 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในกระแสเลือด น้ำอสุจิและน้ำเมือกในช่องคลอด หากเลือด น้ำอสุจิและน้ำเมือกสัมผัสกับผิวหนังหรือเยื่อของร่างกายที่เป็นแผล จะทำให้ติดต่อไปยังคนอื่นได้ ดังนั้นในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีควร แยกอุปกรณ์ เครื่องใช้บางอย่างที่อาจไปสู่การแพร่กระจายเชื้อ อุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว ที่เปื้อนเลือดและน้ำเหลือง ให้ทำความสะอาดโดยแช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อนาน 30 นาที หรือน้ำด่างเดือคนาน 20 นาที จึงนำไปซักตามปกติและตากแดดให้แห้ง ควรป้องกันไม่ให้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งครุภ เพราะอัตราการติดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ ประมาณร้อยละ 30 และเมื่อคลอดแล้วไม่ควรเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา เพราะอาจทำให้ทารกติดเชื้อได้

4.1.6 การป้องกันโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนอื่น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องระวังไม่ให้มีการติดเชื้ออื่น การให้การดูแลควร ให้อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทได้ดี หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่อับชื้น มีฝุ่นละอองมาก ทั้งนี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจ

การดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน นอนหลับ การทำความสะอาดร่างกาย เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง คงทนต่อการติดเชื้อ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยติดเชื้อ ให้รีบพาไปพบแพทย์โดยเร็ว แม้จะมีอาการเพียงเล็กน้อย อย่าปล่อยไว้ เพราะจะทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ มีอาการลุกลามมากขึ้น

4.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อแล้ว จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ดังนั้น ผู้ให้การดูแลต้องช่วยกันให้กำลังใจ เข้าใจและไม่แสดงอาการรังเกียจเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีชีวิตได้อย่างปกติ สิ่งที่ต้องดูแลคือ การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านจิตใจ ควรปฏิบัติ ดังนี้ แนะนำให้ทำใจให้หนักแน่น ไม่หวั่นไหว อดทนและวางเฉย แสดงความรักใคร่และห่วงใย เอาใจใส่ โดยการใช้คำพูด ท่าทาง และการสัมผัส เช่น จับมือ โอบกอดเพื่อให้กำลังใจ สร้างความรู้สึกที่ดี ไม่แสดงความรังเกียจ สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีการพูดคุย มีกิจกรรมร่วมกันตามปกติ เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและอารมณ์ รับฟังคำพูดความอึดอัดในใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้ตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องต่างๆ และกล่าวชมเชยเมื่อตัดสินใจได้ดี กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกเพื่อจะได้เข้าใจถึงความรู้สึกที่แท้จริง เวลาพูดคุย ให้ระมัดระวังคำพูดที่อาจจะทำให้กระทบกระเทือนความรู้สึก สอนเทคนิคการบริหารจิตใจ การผ่อนคลาย เพื่อช่วยให้มีความสบายใจ คลายความวิตกกังวล สดชื่น ปราศจากความเครียด สอนฝึกสมาธิ หาหนังสือธรรมะให้อ่าน หรือเปิดเทปที่มีการสอนธรรมะ ให้ฟังถ้าผู้ติดเชื้อทำได้ จะทำให้มีจิตใจสงบสุขสบาย สามารถทำงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยทำบุญ แผ่เมตตาหรือชวนให้เข้าวัดเพื่อให้จิตใจสงบ

4.3 การดูแลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

โรคเอดส์เป็นทั้งปัญหาด้านสาธารณสุข และเป็นปัญหาด้านสังคมด้วย เนื่องจากมีผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ ทำให้ขาดความมั่นใจเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต ไม่แน่ใจว่าสังคมยอมรับตนเองหรือไม่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียอะไรหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นความแข็งแรงของร่างกาย บทบาทในสังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจ การที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้มีภาระในการดูแล สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ความสัมพันธ์ในสังคมจะสูญเสียไป การอยู่ร่วมกันในสังคมจะไม่เหมือนเดิม ดังนั้น ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมควรปฏิบัติ ดังนี้

4.3.1 สร้างความเข้าใจ พูดคุยและให้ความรู้ที่ถูกต้องกับเพื่อนบ้าน ชุมชน เพื่อให้เห็นใจเข้าใจและไม่รังเกียจ

4.3.2 สร้างความมั่นใจในตนเองแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยเชื่อว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน

4.3.3 ส่งเสริมให้รู้สึกว่าคุณค่า

4.3.4 ให้อยอมรับและกล้าเผชิญกับความจริง

4.3.5 กระตุ้นให้พูดคุยกับคนอื่นตามปกติ

4.3.6 เสริมสร้างอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี ส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย

ในชีวิต

การพัฒนาคุณภาพชีวิตแนวพุทธและโยคะสมาธิ

พระพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ซึ่งแทรกอยู่ในการพัฒนา วิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมของชาติไทย หลักการทางพุทธศาสนาเป็นการมองโลกและชีวิตในรูปแบบองค์รวม คือ มองทั้งสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสังคม ในตัวบุคคลเอง พุทธศาสนามองถึงความสัมพันธ์ทั้งด้านกายและจิตใจ โดยเน้นพัฒนาจิตทางด้านปัญญาเพื่อรู้แจ้งความเป็นจริงตามธรรมชาติของโลกและชีวิต มองมนุษย์เป็นเพียงส่วนหนึ่งของหนึ่งธรรมชาติมิใช่ศูนย์กลางของธรรมชาติ และพระพุทธศาสนาเป็นศาสนาแห่งการปฏิบัติ เน้นเรื่องการฝึกจิตเป็นสำคัญ การบริหารจิตและเจริญปัญญาเป็นวิธีการดูแลและทำนุบำรุงจิตใจของมนุษย์ให้มีความบริสุทธิ์ปราศจากกิเลสมารอบงำให้รู้จักละอายและเกรงกลัวต่อบาปกรรม โดยใช้วิธีการฝึกตามหลักสติปัฏฐาน 4 จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีสติสัมปชัญญะดีเลิศและมีจิตมั่นคงได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเป็นพื้นฐานในการเจริญปัญญา เพราะจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีการพูด การคิด และการกระทำที่ถูกต้องโดยอาศัยวิธีการคิดแบบโยนิโสมนสิการ เพื่อที่จิตและปัญญาของมนุษย์จะได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้น

ในการฝึกฝนพัฒนาคนตามแนวทางพระพุทธศาสนาจะให้ความสำคัญทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน กล่าวคือ ปัจจัยภายนอก หมายถึง การมีประโดโฆชะที่ดี ได้แก่ การมีสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เกื้อกูลเหมาะสมต่อการพัฒนาคน มีกัลยาณมิตร เพื่อน ครูอาจารย์ มีพ่อแม่ ญาติพี่น้องรวมถึงหนังสือตำราที่ดี นอกจากนี้ยังต้องมีปัจจัยภายในตัวที่ดี คือ โยนิโสมนสิการ รู้จักคิด พิจารณาสังต่างๆ สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ การสอนให้รู้จัก เข้าใจโลกและมีชีวิตตามความเป็นจริง แม้แต่ความทุกข์ก็ให้มองเพื่อกำหนดรู้ว่าสิ่งใดคือทุกข์ ส่วนแนวทางปฏิบัติมีเพื่อทำให้เกิดความสุข โดยเฉพาะสุขสงบที่ถาวรประณีตยิ่งขึ้น เป็นความสุขที่ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยวัตถุภายนอกตัว ดังจะเห็นได้ว่าแม้แต่จุดหมายเฉพาะบุคคลของพุทธศาสนาเอง คือ การเข้าถึงสภาวะนิพพาน ซึ่งถือว่าเป็นสุข สงบ อิสระ สูงสุด หรือบรมสุข

1. สุขภาวะตามแนวพุทธศาสนา

การพัฒนาคุณภาพชีวิตในทางพุทธศาสนา ได้ให้ความสำคัญในการสร้างสุขภาวะ โดยการฝึกอบรมให้เกิดขึ้นมาด้วยหลักการพัฒนา 4 ด้าน ที่เรียกว่า ภavana 4 ได้แก่ กายภาวนา คีลภาวนา จิตภาวนา และปัญญาภาวนา

1.1 กายภาวนา เป็นการฝึกอบรมกาย ให้รู้จักคิดต่อเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพทั้งหลายในทางเกื้อกูล เป็นคุณเป็นโทษ รู้จักบริโภคปัจจัย 1 ได้ตรงตามคุณค่าที่แท้จริง ไม่บริโภคตามค่านิยม ความอร่อย หรือโก้หรู ซึ่งอาจส่งผลเสียเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

นอกจากนี้ยังฝึกให้รู้จักใช้อินทรีย์คือ คา หู จมูก ลิ้น กายและใจในการติดต่อ หรือใช้สอยอุปกรณ์เทคโนโลยี และประสบการณ์ต่างๆ เพื่อศึกษาเรียนรู้เป็นกิจหลักไม่ใช่เสพบริโภคเพียงเพื่อความสนุกสนาน

1.2 ศิลภาวนา เป็นการฝึกอบรมด้านพฤติกรรม การพัฒนาด้านกายและวาจา ให้มีพฤติกรรมทางสังคมไม่เบียดเบียนหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนเสียหายแก่ผู้อื่น มีความสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เกื้อกูลสร้างสรรค์ด้วยสังคหวัตถุ 4 (ทาน ปิยวาจา อตถจริยา และสมานัตตคา) ดำเนินอาชีพสุจริต ดำรงตนอยู่ในระเบียบวินัยของสังคม

1.3 จิตภาวนา เป็นการฝึกอบรมด้านจิตใจ การพัฒนาบุคคลให้มีจิตที่สมบูรณ์ ประกอบด้วยคุณภาพ สมรรถภาพ และสุขภาพจิตที่ดี คุณภาพจิตที่ดี ได้แก่ จิตที่เมตตา กรุณา เอื้ออาทร มีมุทิตา ความเคารพอ่อนน้อม กตัญญูกตเวที สมรรถภาพจิตที่ดี ได้แก่ จิตที่เข้มแข็ง มั่นคง เพียรพยายาม อุดสาหกรรม วิริยะ มีความรับผิดชอบ มีสติ และสมาธิ สุขภาพจิตที่ดี ได้แก่ การมีจิตใจว่าแจ้ง เบิกบาน สดชื่น อิ่มเอิบ ผ่องใสและสงบสุข เป็นวิธีการดูแลและทำนุบำรุงจิตใจของมนุษย์ให้มีความบริสุทธิ์ปราศจากกิเลสมาครอบงำให้รู้จักละอายและเกรงกลัวต่อบาปกรรม ช่วยให้ปฏิบัติดีมีการพูด การคิด และการกระทำที่ถูกต้อง จิตสงบ สะอาด ปราศจากความวุ่นวายเดือดร้อน และนำมาใช้ปฏิบัติงานได้ดี การฝึกจิตหรือการบริหารจิตนั้นมีคุณค่าต่อชีวิตมาก ถ้าเป็นผู้ป่วยหากได้ฝึกบริหารจิต ทำให้โรคภัยไข้เจ็บบางอย่างหายไปได้ ทำให้เป็นคนมีอารมณ์เยือกเย็นมีความสุขใจได้มากมีผิวพรรณผ่องใสมีจิตใจเบิกบานทำให้อยู่ในสังคมอย่างปกติสุขสามารถเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าได้อย่างใจเย็น รวมทั้งสามารถแก้ไขความยุ่งยาก และความเดือดร้อนวุ่นวายในชีวิตได้ด้วยวิธีอันถูกต้อง

1.4 ปัญญาภาวนา เป็นการฝึกอบรมด้านปัญญา ให้บุคคลรู้จักคิด พิจารณา วิวินิจฉัย แก้ไขปัญหา และดำเนินการต่างๆ ด้วยปัญญา เข้าใจเหตุผล มองทุกสิ่งไปตามเหตุและปัจจัย ไม่มีอคติปราศจากการครอบงำของกิเลสเป็นอยู่ โดยรู้เท่าทันธรรมชาติของโลกและชีวิต เข้าถึงอิสรภาพปลอดทุกข์ปราศจากปัญหา

2. โยคะสมาธิ

2.1 ความหมายของโยคะ

โยคะ คือการฝึกฝนเพื่อลดการปรุงแต่งของจิต ดังปรากฏประโยคสำคัญในโยคะสูตรว่า “โยคะ จิตตะ วิรুক্তิ นิโรธ” หมายถึง “โยคะ เป็นไปเพื่อดับการปรุงแต่งของจิต”

โยคะ เป็นศาสตร์อันยิ่งใหญ่ เกิดขึ้นกว่า 5,000 ปี พัฒนาและสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน แพทย์ขยายเป็นรายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ มากมาย แต่สารัตถ์สำคัญ คือ “การรวม” ซึ่งในที่นี้หมายถึง การรวม “กาย” และ “ใจ” เข้าไว้ด้วยกัน (กวี คงภักดีพงษ์, 2547, หน้า 2-3)

ความหมายดังกล่าวข้างต้นแสดงถึงจุดมุ่งหมายโยคะ คือ การพัฒนาชีวิตจิตใจของมนุษย์เพื่อบรรลุถึงภาวะอันเป็นความสมบูรณ์แห่งชีวิต คือการที่มนุษย์ได้หลุดพ้นจาก

สภาวะสามัญอันเป็นความทุกข์ ความบีบคั้น และความบกพร่องต่างๆ (เอกไชย พรรณเชษฐ์, 2542, หน้า 13-14)

2.2 เป้าหมายของการฝึกโยคะ

เป้าหมายในชีวิตมนุษย์ คือ ความสุข และความสุขอันจริงแท้คือ การเป็นอิสระหลุดพ้นจากเครื่องร้อยรัด (กิเลสตัณหา) ทั้งหลายทั้งปวง เป้าหมายของโยคะ จึงคือความหลุดพ้นนั่นเอง แต่อุปสรรคที่ทำให้มนุษย์ไม่สามารถพบความสุขที่แท้จริงได้ ก็เพราะมีสิ่งบดบังเอาไว้ คือ อวิชชา ที่เป็นกิเลสอย่างละเอียดอ่อน แต่ก็มีเทคนิคโยคะเป็นเครื่องมือขจัดอวิชชา กล่าวคือ ทำโยคะ อาสนะต่างๆ ทำให้ระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายทำงานอย่างสมดุล การฝึกลมหายใจ ทำให้อารมณ์สดชื่น แจ่มใส เบิกบาน จิตสงบนิ่ง เป็นต้น

2.3 หลักปฏิบัติและประโยชน์ของโยคะ

ผู้ฝึกโยคะ คือ นักวิทยาศาสตร์ที่ทำการทดลองค้นคว้า เพื่อศึกษาตนเอง ห้องฝึกโยคะก็คือห้องทดลอง ผ้ารองตัวก็คือโต๊ะทดลอง ทำการศึกษาทดลองในแต่ละวันที่ฝึก เมื่อเราทำอะไรก็บันทึกผล ทดลองเรียนรู้เพิ่มเติม ปรับเปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงค้นคว้าไปไม่มีที่สิ้นสุด การฝึกโยคะเป็นเครื่องมือบริหารกายและบริหารจิต ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โยคะมีประโยชน์มากมาย ขึ้นกับวิธีการฝึกและเป้าหมายในการฝึกของแต่ละคน ผลดีที่เกิดพอสรุปได้ ดังนี้ (สาส์ สุภาภรณ์, 2544, หน้า 20-22)

2.3.1 ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น เนื่องจากการยืดเหยียดกล้ามเนื้อด้วยท่าต่างๆตามแบบของโยคะ ประกอบกับการฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ และลึกๆ อย่างเป็นระบบ ปกติกล้ามเนื้อที่ไม่ค่อยใช้งานเลือดไปเลี้ยงน้อยการยืดเหยียด ทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเลือดสามารถไหลเวียนไปยังส่วนนั้นได้มากขึ้น

2.3.2 ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นให้กับข้อต่อต่างๆ ทำให้ข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้ระยะหรือมุมการเคลื่อนไหว ที่มากกว่าเดิม

2.3.3 ช่วยผ่อนคลายและลดความตึงเครียดที่เกิดจากการทำงานในชีวิตประจำวัน ทั้งร่างกายและจิตใจ

2.3.4 ช่วยแก้ไขทรวดทรงให้ดูดีขึ้นเพราะขณะปฏิบัติทำโยคะ ผู้ฝึกจะเรียนรู้เกี่ยวกับการทรงตัวที่ดี ฝึกการกระจายน้ำหนักผ่านแขน ขาและกระดูกสันหลังอย่างเหมาะสม

2.3.5 ช่วยทำให้สมาธิดีขึ้น เพราะการฝึกโยคะก็คือวิธีการฝึกสมาธิรูปแบบหนึ่ง ร่างกายมีการประสานการเคลื่อนไหวให้สัมพันธ์กับความคิด (จิต) และลมหายใจเข้าออก

2.3.6 ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อยที่เกิดจากการเล่นกีฬาหรือการทำงานในชีวิตประจำวัน การฝึกโยคะช่วยยืดกล้ามเนื้อและเอ็นที่ข้อต่อส่วนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่กระดูกสันหลัง ทำให้อาการปวดเมื่อยบรรเทาลง ปกติการออกกำลังกายโดยทั่วไป ทำให้มีสาร

นำประสาท ชื่อ “เ็นดอร์ฟินส์” (endorphins) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายฝิ่น ผลิดขึ้นในร่างกาย ทำให้หายจากอาการปวดเมื่อย สามารถทนต่ออาการเจ็บปวดได้ดี

2.3.7 โยคะช่วยลดอาการปวดประจำเดือน เฉพาะการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างเดียวก็สามารถลดการปวดในรอบเดือนได้ แต่โยคะเป็นทั้งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการฝึกจิต จึงให้ผลดีกว่าการยืดกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว

2.3.8 โยคะมีผลในทางบำบัดรักษาโรคต่างๆ ที่มีสาเหตุมาจากความเครียดหรือกล้ามเนื้อเกร็งและตึง สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการฝึกโยคะ

2.3.9 ช่วยเพิ่มความสามารถในการทรงตัว ผู้สูงอายุที่เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวหรือทรงตัวไม่ดี การฝึกโยคะจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

2.3.10 เพิ่มความมีสติ กล่าวคือ ผู้ฝึกสามารถรับรู้ท่าทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้องของตนเองได้เร็วขึ้น ในขณะที่อยู่ในท่านั่ง นอน ยืน เดิน หรือทำงานในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นยังรวมถึง ความรวดเร็วในการรับรู้ต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น รู้ว่าอยากได้อะไรมี รู้ว่าโกรธ เป็นต้น เมื่อมีสติรู้ทัน ก็สามารถควบคุมอารมณ์ต่างๆไม่ให้หวั่นไหวไปตามสิ่งที่มากระตุ้นและยับยู่ ทำให้จิตสงบลงได้ในระดับหนึ่ง

2.3.11 ช่วยทำให้ใจเย็นลง ผู้ฝึกจะสามารถหายใจได้ยาวและลึกขึ้นกว่าเดิมสามารถนำไปใช้ขณะหงุดหงิด โกรธ หรืออารมณ์ขุ่นมัวต่างๆ ช่วยระงับความรุนแรงได้ระดับหนึ่ง โดยสารชื่อ “เ็นดอร์ฟินส์” (endorphins) ทำให้ อารมณ์ร่าเริง สนุกสนาน อาการซึมเศร้าดีขึ้น สามารถจัดการกับความเครียด สุขุม ควบคุมตนเองได้ เผชิญปัญหาชีวิตได้ดี ยิ่งออกกำลังกายสม่ำเสมอ อาการเหนื่อยล้าทางจิตใจกลับลดลง

ผู้ฝึกโยคะจะได้รับประโยชน์ต่างกัน ขึ้นกับความเข้าใจ การศึกษา และความพากเพียรที่จะพัฒนาให้ลึกซึ้งไปตามลำดับ บางคนได้ประโยชน์มากกว่าคนอื่น ๆ ทั้งที่ฝึกในเวลาเท่ากันที่เป็นเช่นนี้เพราะโครงสร้างร่างกายและสภาพจิตใจของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ควรที่จะฝึกโยคะในขณะที่ร่างกายยังแข็งแรงอยู่ เพื่อไม่ให้เป็นโรคต่างๆ ซึ่งสามารถจะป้องกันได้ แทนที่จะรอจนเป็นโรคแล้วจึงมาเริ่มฝึกโยคะ ซึ่งจะเป็นเรื่องที่ยากลำบากขึ้นไปอีก เรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่สำคัญ

2.4 วิธีปฏิบัติ

2.4.1 การหายใจแบบโยคะ

มนุษย์ส่วนใหญ่หายใจโดยธรรมชาติ ซึ่งจะมีลักษณะตื้นและเร็ว ทำให้อากาศเข้าไปในปอดครั้งละไม่เกิน 500 มิลลิลิตร ทั้งที่ปอดของเราจุได้มากกว่า 3,000 มิลลิลิตร การหายใจดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายไม่เต็มที่ เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการหายใจให้ร่างกายได้รับประโยชน์เต็มที่ ซึ่งจะทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มความต้านทานต่อโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ

การหายใจตามวิชาโยคะแบ่งออกเป็น 4 แบบคือ

1) การหายใจส่วนบนของปอด (high breathing) ทางตะวันตก อาจเรียกว่า "หายใจส่วนกระดูกไหปลาร้า" การหายใจแบบนี้ทำให้กระดูกไหปลาร้ายกขึ้น ไหล่ยกขึ้น กระดูกซี่โครงส่วนบนยกขึ้น ในขณะที่เดียวกันจะดึงช่องท้องให้ยกสูงขึ้น อวัยวะภายใน ช่องท้องจะคั่นกระบังลมให้สูงขึ้นตามไปด้วย เมื่อหายใจเข้าปอด ทรวงอกคอบนที่มีขนาดเล็ก จะขยายออกตาม เป็นการหายใจที่ใช้กำลังมากแต่ได้ประโยชน์น้อย ผลในทางบำบัด ทำให้ต่อมน้ำเหลืองในปอดแข็งแรงขึ้นและทำให้ลมหายใจเข้าไปได้จนถึงปลายปอด

2) การหายใจส่วนกลางของปอด (mid breathing) เป็นการหายใจโดยใช้ทรวงอก ซึ่งเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "การหายใจโดยกระดูกซี่โครง" การหายใจส่วนนี้หน้าอกจะขยายออก หน้าท้องถูกดึงให้ยุบเข้าและกระบังลมจะถูกยกขึ้น พบในคนทั่วไปที่ยังไม่ได้ฝึกหัดการหายใจ ผลในทางบำบัด ช่วยให้หัวใจมีภาวะในการทำงานเบาลง ทำให้โลหิตที่หมุนเวียนไปยังตับ น้ำดี กระเพาะอาหาร ม้าม และไตบริสุทธิ์ขึ้น

3) การหายใจส่วนล่างของปอด (low breathing) อาจเรียกว่า "การหายใจด้วยท้อง" หรือการหายใจแบบลึก หรือการหายใจด้วยกระบังลม การหายใจแบบนี้ เวลาหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก กระบังลมจะลดต่ำลง หน้าอกจึงขยายออกได้มาก อากาศจะเข้าไปอยู่ส่วนล่างและส่วนกลางของปอด จึงมีประโยชน์มากกว่าทั้งสองแบบแรก ผลในทางบำบัด หัวใจได้รับการพักผ่อนอย่างสมบูรณ์ ความดันโลหิตจะลดลง กระตุ้นระบบการย่อยอาหาร ทำให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหวเป็นปกติ การหายใจด้วยช่องท้องนี้เป็นการนวดอวัยวะภายในท้องทุกส่วนเป็นอย่างดี

4) การหายใจแบบโยคะสมบูรณ์แบบ เป็นการรวมเอาการหายใจทั้งสามแบบข้างต้นไว้ด้วยกัน ทำให้ออกซิเจนในอากาศเข้าไปในปอดทุกส่วน จึงเป็นการหายใจที่มีประโยชน์ที่มากที่สุด การฝึกการหายใจแบบโยคะสมบูรณ์แบบ โดย (1) ยืนหรือนั่งตัวตรง หรือนอนก็ได้ หลังจากระบายลมหายใจออกแล้ว เริ่มหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ หน้าท้องพองออก อากาศจะเข้าไปในส่วนล่างของปอด หลังจากนั้นหายใจเข้าอีกโดยยกทรวงอกขึ้น อากาศจะเข้ามาเพิ่มขึ้นในส่วนกลางของปอด ต่อไปหายใจเข้าด้วยการยืดไหล่และไหปลาร้าขึ้น อากาศจะเข้าไปในส่วนบนของปอด ในช่วงสุดท้ายของการหายใจ หน้าท้องจะยุบเข้ามาเล็กน้อย (2) กลั้นลมหายใจไว้นับ 1-8 (3) หายใจออกช้าๆ หน้าท้องค่อยๆ พบบลง หน้าอกค่อยๆ ยุบลง เมื่อลมหายใจออกหมดแล้ว ให้ผ่อนคลายเป็นบริเวณหน้าท้องและหน้าอก ผลในทางบำบัด ทำให้ได้รับความรู้สึกสงบเป็นอย่างยิ่ง การหายใจแบบนี้ทำให้ปอดได้สัมผัสอากาศโดยทั่วถึง เป็นการเพิ่มออกซิเจนและพลังให้แก่โลหิต ทำให้หัวใจทำงานสม่ำเสมอและช้าลง ความดันโลหิตสูงจะลดลง กระตุ้นระบบย่อยอาหาร ผลทางจิตใจ ในการที่ระบบประสาทสงบลงนั้น ส่งผลดีให้แก่จิตใจเราจนรู้สึกได้ถึงพร้อมด้วยความสงบ และความมั่นคง ทั้งนี้ การฝึกหัดต้องทำให้สละสลวย และต่อเนื่อง ไม่ขาดตอนเป็นช่วงๆ

2.4.2 สุรียนมัสการ

สุรียนมัสการ คือ พื้นฐานที่ทำให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์เปล่งปลั่งสำหรับคนทุุกวัย เป็นเสมือนประตูที่จะเปิดให้เราได้เข้าสู่เส้นทางสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง และมีประสิทธิภาพตลอดชั่วอายุขัย ด้วยการฝึกปฏิบัติด้วยระยะเวลาสั้นๆ (เอ็น.วี.กุลกรรณิ, 2544, หน้า 133)

สุรียนมัสการ หรือการไหว้พระอาทิตย์ เป็นท่าครูของการฝึกโยคะ เป็นอบอุ่นร่างกาย (warm up) ของโยคะ ก่อนจะปฏิบัติอาสนะใด เชื่อกันว่าหากทำได้ถูกต้องผู้ปฏิบัติก็จะรับเอาพลังแห่งจักรวาลเข้ามาในตัว เป็นการเสริมพลังให้เพิ่มมากขึ้น เสริมความแข็งแรงของอวัยวะภายในทั้งระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อ เมตาโบลิซึม รวมทั้งเสริมบุคลิกให้ดีขึ้น นอกจากนี้จิตใจและปัญญาก็จะเพิ่มขึ้นด้วย การเคลื่อนไหวของท่านี้เป็นการออกกำลังกายอย่างหยาบ หวังผลต่อกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และบุคลิกภาพ แต่การหายใจที่กำหนดควบคู่กันไป เป็นการออกกำลังกายอย่างละเอียด เป็นการควบคุมการไหลเวียนของเลือด และการใช้ออกซิเจนของร่างกายจึงมีผลต่อระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ ปรมาจารย์แนะนำให้กระทำทุกวัน โดยหันหน้าเข้าหาพระอาทิตย์ ทำ 12 รอบหรือประมาณ 15 นาที ใครจะทำมากกว่านี้เป็น 24, 36 รอบก็ได้ สำหรับผู้เริ่มต้นต้องค่อยทำค่อยไป สำคัญต้องเน้นการหายใจ บางคนเหนื่อยง่ายให้ทำเท่าที่ทำได้ แล้วค่อยๆเพิ่มจนครบวันละ 12 รอบหรือมากกว่า (ลลิตา ชีระศิริ, และวัลลี ชุณหสวัสดิกุล, 2538, หน้า 33-34)

สุรียนมัสการประกอบด้วยท่าย่อยๆ 11 ท่าฝึกติดต่อกันไป เริ่มต้นและสิ้นสุดในท่าเดียวกัน ในการฝึกแต่ละท่าจะกล่าวนามของพระอาทิตย์และคำสรรเสริญ ซึ่งมี 12 ชื่อ พอดีกับท่าทั้งสิบสอง โดยกล่าวในใจ

สุรียนมัสการมีวิธีปฏิบัติ 12 ท่าดังนี้

ท่าที่ 1 : ยืนบนเสื่อหรือผ้าก็ได้อัน โดยหันหน้าไปทางพระอาทิตย์ เท้าทั้งสองและข้อเท้าชิดกัน ไม่เกร็ง งอข้อศอกเข้ามา ด้วยการประนมมือระดับหน้าอก แต่ไม่ให้มือสัมผัสหน้าอก หายใจเข้าช้าๆทางจมูกเท่านั้น ปล่อยให้ลมปราณเข้าสู่หน้าอกและช่องท้อง กลั้ลมหายใจ คุณประโยชน์ - เป็นการกระจายพลังงานไปยังกระดูกสันหลัง - พลังแห่งพระอาทิตย์จะเข้าสู่ร่างกาย

ท่าที่ 2 : ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ โดยให้ฝ่ามือประสานกัน หายใจออกช้าๆ แขนและศีรษะเอนไปด้านหลัง ให้ร่างกายอยู่ในลักษณะโค้งงอตัวประคอง เท้าที่จะเป็นไปให้หายใจเข้า คุณประโยชน์ - เป็นการยืดและบริหารหลัง-ช่องท้องจะอยู่ในรูปทรงแบนราบเสริมกำลังให้กับกล้ามเนื้อขาและแขน

ท่าที่ 3 : ก้มศีรษะลง โดยโน้มแขนตามลงสู่เท้า (สำหรับผู้เริ่มปฏิบัติให้งอเข่าได้) หายใจออกให้หมดบริบูรณ์ จึงกลั้ลมหายใจตามสมรรถนะทางกายของผู้ปฏิบัติให้ฝ่ามือทั้งสองอยู่ด้านข้างของเท้าทั้งสอง โดยอยู่ในระนาบเส้นตรงเดียวกัน ควรให้เท้าและมือ

อยู่คงที่ในระนาบคิงส์ลาว เขาเหยียดตรง ตอนแรกอาจยากหลังปฏิบัติสักระยะเข้าจะค่อยเหยียดตรงขึ้น เมื่ออยู่ในท่านี้อย่างน้อยหายใจเข้า-ออก 1 ครั้ง คุณประโยชน์-ท่านี้ก็คือนำปจฺจิมิตตนาสนะ (ทำยัดหลัง) ในทำยัดนั้นเอง - ขณะที่หายใจออก เข้มว้ท้องให้ยุบลง ก็จะเป็นการปฏิบัติท่าเข้มว้ท้อง (อุททียานพันชะ) - กล้ามเนื้อท้อง ต้นขา สะโพก เอว หลัง และกระดูกสันหลังได้รับการยืดออกมากกว่าปกติ ซึ่งหมายความว่า จะเป็นการช่วยให้กล้ามเนื้อเหล่านี้ได้ทำหน้าที่อย่างกระปรี้กระเปร่า คงความอ่อนเยาว์ เพราะว่าการครูดและสรวพิษอื่นๆ ได้ถูกขจัดออก

ท่าที่ 4 : หายใจเข้า โดยไม่ขยับมือทั้งสองและเท้าขวา คิงชาซ้ายเหยียดตรงไปด้านหลังให้สุดเหยียด โดยที่เข่าซ้ายและปลายนิ้วเท้าอยู่บนพื้น เข่าขวาจะยื่นออกไปข้างหน้าของแขนที่ตั้งเหยียด กดต้นขาให้เข้าไปด้านใน กลั้นลมหายใจนานเท่าที่จะกลั้นได้ ในรอบแรกให้น้ำหนักกดบนเข่าซ้าย และในรอบที่สองให้กดบนเข่าขวา สลับข้างกันดังนี้ แต่ละครั้งให้น้ำหนักกดต้นขาหนักๆ จนต้นขาชิดไปยังขาอีกข้างหนึ่ง หายใจออกยาวๆ และหายใจเข้าสัก 1-2 ครั้ง คุณประโยชน์ - การกดต้นขาขวาจะทำให้เกิดแรงกด(นวด)ตรงตับ และแรงกดต้นขาซ้ายจะเป็นการนวดม้าม ดังนั้นอาการต่างๆ เกี่ยวกับตับและม้ามจะหายไป - ปอดจะแข็งแรงขึ้นด้วยการบีบรัดและการขยายตัว (ส่วนที่อยู่ลึกสุด) จึงเป็นประโยชน์ในการแก้โรควัณโรค - เป็นการกดกระดูกสันหลังให้อึดหยุ่นมากขึ้น - มณีปุระจักระ (ตรงจุดสะดือ) จะได้รับการกระตุ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมอวัยวะสืบพันธุ์ได้ จึงเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพรหมจรรย์ โดยการพิจารณาอย่างไม่ยึดติด จักน้อมนำศานติในใจ และการภาวนาด้วยฐานความสงบนิ่งแห่งจิต

ท่าที่ 5 : กลั้นใจเหวี่ยงเท้าอีกข้างไปข้างหลังจนสุดขา ให้ขนานกันเท้าทั้งสอง ลำตัว และศีรษะให้เป็นเส้นตรง

ท่าที่ 6 : หายใจออก ค่อยๆ หย่อนตัวลงกับพื้นให้แปล่งของร่างกายสัมผัสพื้น คือ หน้าผาก หน้าอก มือทั้งสองข้าง เข่าทั้งสองข้าง ปลายเท้าทั้งสองข้าง

ท่าที่ 7 : ดันร่างกายส่วนบนขึ้น พลางหายใจเข้า

ท่าที่ 8 : หายใจออก แล้วยกตัวโค้งขึ้น กดสันเท้าลง พยายามให้สันเท้าแตะพื้น โดยไม่เคลื่อนทั้งมือและเท้า

ท่าที่ 9 : ยังหายใจออกอยู่ ขยับเท้าซ้ายไปข้างหน้าเล็กน้อย เหวี่ยงเท้าขวามาให้อยู่ในระหว่งมือ หัวแม่เท้ากับปลายนิ้วมืออยู่ระดับเดียวกัน เงยหน้าหายใจเข้า

ท่าที่ 10 : หายใจออกลุกขึ้นยืนให้เข่าตรง แต่มือยังคงเท้าพื้นเหมือน

ท่าที่ 3

ท่าที่ 11 : หายใจเข้า ยกร่างกายส่วนบนขึ้น แล้วเอนไปข้างหลังเหมือนท่าที่ 2

สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตแนวพุทธนั้นเป็นการพัฒนาแบบองค์รวม โดยเน้นการพัฒนาจิตให้เกิดความมั่นคง จนสามารถแก้ปัญหา มองเห็นชีวิตตามความเป็นจริง

เป็นสังขธรรม เริ่มต้นจากกระบวนการเจริญสมาธิในรูปแบบต่างๆ ดังกล่าวมา ซึ่งประโยชน์จากการเจริญสมาธิมีทั้งส่งผลโดยตรงต่อจิตใจ ทำให้ มีจิตใจที่สงบ มั่นคง มีความสุข มีเมตตา ความหวาดกลัว ความโศกเศร้า ความวิตกกังวลลดลง ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. ความหมายและความสำคัญ

แนวคิดใหม่ในการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุดนั้นคือ การกระตุ้นให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ได้ใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ ให้ได้สูงสุด เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หรือพึ่งพาตนเองทั้งในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นบริการอย่างหนึ่งที่ยึดฐานแนวคิดนี้เป็นหลัก โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ดำเนินโดยสมาชิกและเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มด้วยความสมัครใจ กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มสนับสนุนซึ่งกันและกัน "สมาชิกในกลุ่มเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ" จึงควรใช้คำว่า กลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual group) อย่างไรก็ตามแต่ละกลุ่มเหล่านี้มีลักษณะสำคัญที่เหมือนกันก็คือ เป็นกลุ่มอาสาสมัครที่ไม่ได้แต่งตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรใดๆ (Ross & Mico, 1980, p. 80) แต่จะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มนั้นๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน สถานบริการสุขภาพ กลุ่มเหล่านี้อาจตั้งอยู่ในสถาบันต่างๆ ที่ให้การสนับสนุน หรือตั้งอยู่นอกสถาบัน เช่น ในชุมชน หมู่บ้าน เป็นต้น และกลุ่มเหล่านี้จะมีเป้าหมายกว้างๆ เหมือนกันคือ ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมาชิก ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหา เรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงกระบวนการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพนั้นคือ ช่วยให้สมาชิกนำประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care)

มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันมารวมตัวกันโดยสมัครใจ และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน โดย เฉพาะบุคคลที่แก้ปัญหาต่างๆ ผ่านมาแล้วจะใช้ประสบการณ์ของตนเองมาช่วยแก้ไข ปัญหาของสมาชิกคนอื่นๆ กิจกรรมต่างๆ ดำเนินโดยสมาชิกและเพื่อสมาชิก (Resnick, 1986; Steiger & Lipson, 1985, p.15)

2. ความเป็นมาและวิวัฒนาการ

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่มีวิวัฒนาการมาจากการดิ้นรนของมนุษย์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1700 เมื่อผู้ตั้งถิ่นฐานในอเมริกาได้ตั้งกลุ่มชนเล็กๆ ขึ้นเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือคนที่ มีปัญหาในการปรับตัวต่อโลกใหม่ของเรา ต่อมาในปี ค.ศ. 1800 เมื่อมีการย้ายถิ่นครั้งใหญ่ใน อเมริกา เกิดปัญหาการปรับตัวของคนที่มาจากถิ่นฐานที่แตกต่างกัน ต้องมาอยู่รวมกันในสถานที่ ใหม่และได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานไม่เพียงพอดูแลจึงตั้งเครือข่าย (network) ขึ้น เพื่อช่วยเหลือกันเองให้สามารถปรับตัวต่อสถานที่ใหม่และภาษาใหม่ ต่อมาเมื่อถึงระยะช่วง สงครามโลกครั้งที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเกิดขึ้น โดย ผู้ปกครองของเด็กที่มีความพิการด้านร่างกายและจิตใจ ได้จัดตั้งองค์กรเล็กๆ ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา เฉพาะของกลุ่ม และต่อจากนั้นเป็นต้นมาได้เกิดกลุ่มต่างๆ ขึ้นอีกมากมาย (Resnick, 1986, p. 20)

กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เกิดขึ้นในเวลาต่อมา ได้แก่ กลุ่มผู้พักฟื้น (Recovery Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1937 สำหรับผู้ที่เคยเป็นโรคจิตและผู้ที่ปัญหาทางอารมณ์ กลุ่มผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดหัวใจ (Manded Hearts Inc.) ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1953

สำหรับประเทศไทยยังมีรายงานที่ระบุเรื่องการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ ดำเนินการโดยบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ คือ “ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง” ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2526 โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการฝึกพูดสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอา กล่องเสียงออกทั้งหมด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ไม่กล้าให้แพทย์ผ่าตัดรักษา และ ผู้ไร้กล่องเสียงหลังผ่าตัดให้สามารถฝึกพูดได้ ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาขึ้นเป็นสมาคมผู้ไร้กล่องเสียง แห่งประเทศไทย มีสำนักงานอยู่ที่โรงพยาบาลศิริราช (อำไพ มุทิตาเจริญ, 2526, หน้า 2) ต่อมา ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2533 กลุ่มผู้ไร้กล่องเสียงรวมอาชีพตั้งขึ้น โดยการรวมตัวกันของผู้ไร้ กล่องเสียงและได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล กลุ่มมีเป้าหมายในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และกลุ่มผู้ได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอ อหิวา บาล ตั้งขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2534 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ จะต้องได้รับรังสีรักษาบริเวณศีรษะและคอได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและ กัน เกี่ยวกับปัญหาและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะรับรังสีรักษา (จารุวรรณ รัตมีเหลืองอ่อน, 2535, หน้า 10)

3. ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีลักษณะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ในสังคม ซึ่งคิลเลีย สเตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, 1985, p. 25) ได้กล่าวถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่ม ช่วยเหลือตนเองไว้พอสรุปได้ดังนี้

3.1 สมาชิกของกลุ่มมาจากบุคคลที่มีประสบการณ์คล้ายๆ กัน ฉะนั้นผู้ให้การช่วยเหลือ และผู้รับความช่วยเหลือจะมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน

3.2 สมาชิกให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก กิจกรรมต่าง ๆ ดำเนินโดยสมาชิก และดำเนินไปอย่างสม่ำเสมอ

3.3 สมาชิกจะเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ

3.4 สมาชิกจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการและเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ซึ่งกันและกันตามที่แต่ละคนได้ประสบมา

3.5 กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีทัศนคติดีขึ้น ลดภาวะการแยกตัวจากสังคม ปรับเปลี่ยนการรับรู้ต่อตนเองจากที่เห็นว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น มาเป็นการยอมรับว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ก็มีปัญหาอย่างเดียวกัน

3.6 กลุ่มจะช่วยให้สมาชิกมีกำลังใจและเกิดความศรัทธา จากการที่ได้เห็นปัญหาและผลสำเร็จในการแก้ปัญหาของสมาชิกคนอื่น ๆ ทำให้มีกำลังใจและมีเจตคติที่ดีขึ้น

3.7 กลุ่มช่วยให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่สำคัญ ซึ่งทำให้สมาชิกเข้าใจปัญหาของตนในระดับจิตใจอย่างแท้จริง

3.8 กลุ่มมีแนวปรัชญาว่า สมาชิกจะเกิดการเรียนรู้โดยการกระทำ และพฤติกรรมต่าง ๆ จะปรับเปลี่ยนไปได้โดยการกระทำ

สรุปได้ว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น มีความสำคัญที่ช่วยให้สมาชิกมีความรู้เพิ่มขึ้น เพิ่มสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มสมาชิก ส่งเสริมการปรับตัว การแก้ปัญหา เรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงกระบวนการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพนั้นคือ ช่วยให้สมาชิกนำประโยชน์จากกลุ่มมาเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) ได้มากขึ้น จึงเลือกวิธีนี้มาใช้พัฒนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในครั้งนี้

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องร่วมมือกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมมุ่งสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เป็นความพยายามของนักวิชาการและนักพัฒนาในการสังเคราะห์ปัญหาและศักยภาพของงานวิจัยส่วนหนึ่งกับงานพัฒนาอีกส่วนหนึ่ง และพยายามเชื่อมโยงสาระสำคัญของการพัฒนาและการวิจัยออกมาเป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมหรือการวิจัยและพัฒนา (research and development : R & D) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จึงเป็นการวิจัยและพัฒนา รูปแบบหนึ่งที่ทำกับชุมชน และมีการเชื่อมโยงส่วนที่เป็นการศึกษา (research) กับส่วนที่เป็นการพัฒนาหรือแก้ปัญหา (development) เข้าด้วยกัน

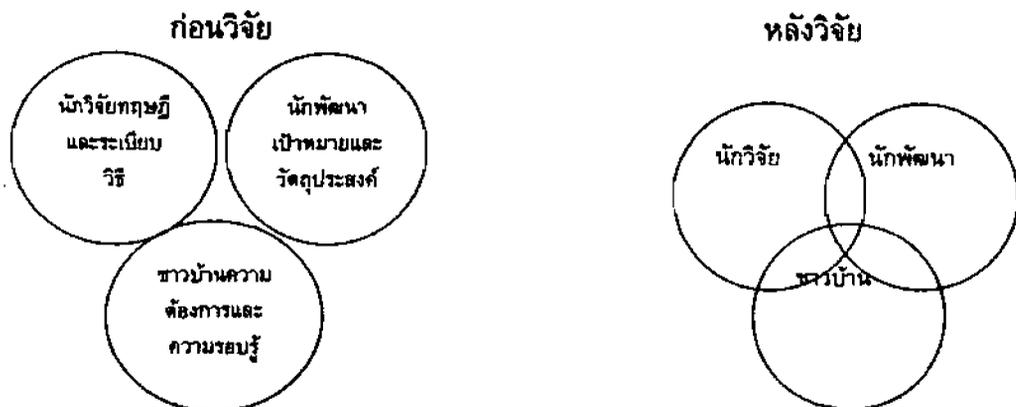
2. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่คนจำนวนหนึ่งในชุมชน เข้ามาร่วมศึกษาปัญหา โดยกระทำร่วมกับนักวิจัยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่ต้นจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเสนอผลและการอภิปรายผลการวิจัย เป็นการเริ่มต้นของผู้คิดชื่อเฮอไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่กับปัญหา (problems people) ค้นหาปัญหาที่ตนเองมีอยู่ร่วมกับนักวิชาการจึงเป็นกระบวนการที่คนในองค์กร (โรงพยาบาลท่าม่วง) และชุมชนมิใช่ผู้ถูกกระทำ แต่เป็นผู้กระทำที่มีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น และมีอำนาจร่วมกันในการวิจัย (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2545, หน้า 20)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางวิจัยที่ต่างไปจากการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ธรรมชาติหรือทางสังคมศาสตร์ เพราะเน้นการยอมรับหรือความเห็นพ้องจากฝ่ายชาวบ้านอยู่ตลอดเวลา และการทบทวนวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นครั้งคราวเพื่อให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของชาวบ้าน อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเกิดการเปลี่ยนแปลงของชุมชน

3. ปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเชื่อในปรัชญาว่าผู้คิดชื่อเฮอไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง เป็นผู้ที่อยู่กับข้อมูล อยู่กับความจริง เป็นผู้ที่มีรู้ดีเท่ากับนักวิจัยหรืออาจจะรู้มากกว่านักวิจัย การเลือกปฏิบัติใดๆ ก็ความที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงต้องเริ่มจากผู้คิดชื่อเฮอไอวี โรงพยาบาลท่าม่วงด้วย ไม่ใช่จากสมมติฐานของผู้วิจัยหรือนักพัฒนาแต่ฝ่ายเดียวและผู้ที่เกี่ยวข้องฝ่ายต่างๆ ทั้งชาวบ้าน (ผู้คิดชื่อเฮอไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง) นักวิจัย และนักพัฒนาควรมีบทบาทในการร่วมกำหนดปัญหาและเลือกแนวทางในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาบทบาทของทั้งสามฝ่ายต่างก็มีความเท่าเทียมกัน การวิจัยลักษณะนี้จึงเป็นการเรียนรู้ผสมผสานระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีและระเบียบวิธีวิจัยเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนักพัฒนารวมทั้งความต้องการกับความรอบรู้ของชาวบ้าน



ภาพ 2 เปรียบเทียบโลกทัศน์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย
ที่มา : (สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร, 2545, หน้า 23)

จากภาพ 2 วงกลมแต่ละวงแสดงถึงโลกทัศน์ หรือวิธีมองปัญหาของคนแต่ละกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย โลกทัศน์ของแต่ละฝ่ายต่างกันไปตามกรอบแนวคิดที่ตนยึดถือ หลังจากเข้าสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนทั้งสามกลุ่มจะมี “โลกทัศน์ร่วม” และความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนาซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจที่ได้จากการวิจัยและการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน ในลักษณะการศึกษาชุมชนเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหา คือ ค่อยๆ ศึกษาไปแล้วทำกิจกรรมไป กลุ่มประชากรผู้ถูกวิจัย (ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลท่าม่วง) เปลี่ยนบทบาทไปเป็นผู้ร่วมวิจัยโดยการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ นับตั้งแต่การเริ่มตัดสินใจว่าควรจะศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักสูตรและข้อมูลเพื่อกำหนดปัญหา การวิจัย การเลือกระบุประเด็นปัญหา การสร้างเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และเสนอสิ่งที่ค้นพบ

นอกจากนี้ สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร (2545, หน้า 24-27) ได้เสนอปรัชญาแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสรุปได้ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (right) เป็นเอกสิทธิ (privilege) เป็นการทำงานเป็นกลุ่ม

3.2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มีชีวิต (dynamic and organic process) เริ่มต้นจากสภาพจริงในปัจจุบันมุ่งไปถึงจุดที่ควรจะเป็นไปได้ในอนาคต จะมีลักษณะที่มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ ไม่สามารถกำหนดเวลาและกิจกรรมล่วงหน้าได้ เชื่อว่าผู้ด้อยโอกาสมีความสามารถที่จะร่วมทำงานได้ จะต้องเริ่มจากคนที่รู้สึก (feel) ต่อปัญหาหรือความต้องการของคนไปสู่การคิด (think) การกระทำ ซึ่งยังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (transformation) ทั้งในตัวเองและชุมชน ทั้งในด้านสติปัญญา จิตใจและมีติด้านกายภาพสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

3.3 กระบวนการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่ประกอบไปด้วยการแสวงหาความรู้และการกระทำจะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดราบเท่าที่ผู้ด้อยโอกาสยังสามารถร่วมกลุ่มกันได้และคำนึงถึงภูมิปัญญาชาวบ้านที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภูมิปัญญาของนักวิชาการ

3.4 การวิจัยแบบมีส่วนร่วมเกิดจากการปรับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น จากการสั่งการจากหน่วยเหนือมาเป็นชุมชนหรือชาวบ้านผู้ได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์กลางการดำเนินการ ด้วยความเชื่อในความสามารถของมนุษย์ที่แก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ ถ้าเขารู้และเข้าใจเป้าหมายการพัฒนาตนเองและชุมชน การวิจัยลักษณะนี้เป็นการจุดพลังให้ชุมชนรับรู้การเรียนรู้ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ของชุมชน เป็นการเรียนรู้ของชุมชนอันเกิดจากการทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน นอกจากนี้ยังเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกในชุมชน ทำการศึกษาชุมชน เน้นการวิเคราะห์ชุมชน เพื่อค้นหา

ศักยภาพ ปัญหา แนวทางแก้ปัญหาด้วยการวางแผน ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประเมินงานเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้

3.5 เป้าหมายสุดท้ายของการวิจัย คือ การเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างถอนรากถอนโคนเพื่อพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันและเต็มที่ตลอดกระบวนการของการวิจัย ตั้งแต่การทำความเข้าใจและนิยามปัญหาของการวิจัย การเลือกวิธีการแก้ปัญหา การวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ การทำกิจกรรมที่จะตามมาจากผลการวิจัย และยังคงให้กลุ่มคนไร้อำนาจต่อรอง (powerless group) เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยด้วย ทั้งนี้เพื่อจะก่อให้เกิดจิตสำนึกในหมู่ประชาชน เกิดความหวงแหนทรัพยากรต่างๆ ของตนและมุ่งไปสู่การพึ่งตนเอง นักวิจัยภายนอกเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกและเป็นผู้ร่วมเรียนรู้ตลอดกระบวนการวิจัยเท่านั้น

4. หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมยึดหลักการสำคัญ (พันธู์ทิพย์ รามสูตร, 2545, หน้า 62) ดังนี้

4.1 ให้ความสำคัญและเคารพต่อภูมิความรู้ของชาวบ้าน โดยยอมรับว่าความรู้พื้นบ้านตลอดจนระบบการสร้างความรู้และกำเนิดความรู้ในวิธีอื่นที่แตกต่างไปจากของนักวิชาการยังเป็นสิ่งที่ปฏิบัติและยอมรับกันแพร่หลายในหมู่คนชาวบ้านคนยากจน เพื่อเป็นหนทางแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตของเรา

4.2 ปรับปรุงความสามารถและศักยภาพของชาวบ้านด้วยการส่งเสริมยกระดับและพัฒนาความเชื่อมั่นในตัวเองของเขาให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของเขาเอง ซึ่งเป็นการนำเอาศักยภาพเหล่านี้มาใช้ประโยชน์

4.3 ให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ชาวบ้านและคนยากจน โดยให้สามารถได้รับความรู้ที่เกิดขึ้นในระบบสังคมของเขาและสามารถที่จะทำความเข้าใจ แปลความหมาย ตลอดจนนำไปใช้ได้เหมาะสม

4.4 สนใจในปริทัศน์ของชาวบ้าน โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดเผยให้เห็นคำถามที่ตรงกับปัญหาของชาวบ้าน เช่น การถูกกีดกันหรือแปลกแยก (alienated) จากผืนดินหรือทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ การต้องดิ้นรนต่อสู้กับแรงบีบคั้นจากผู้มีอิทธิพล ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นคำถามที่นักวิจัยรูปแบบเก่าไม่ใคร่นึกถึงและไม่เคยเป็นจุดเน้นในการค้นหาความรู้มาก่อน

4.5 ปลดปล่อยความคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชาวบ้านและคนยากจนสามารถใช้ความคิด ความเห็นของตนอย่างเสรีในการมองสภาพการณ์และปัญหาของตนเอง สามารถใช้วิจารณ์ญาณในการวิเคราะห์วิจารณ์ตรวจสอบสภาพเท็จจริงต่างๆ สามารถยืนหยัดต่อต้านพลังอิทธิพลจากภายนอกหรือจากอำนาจกดขี่ของผู้มีอำนาจ

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้คนในชุมชนได้เรียนรู้ได้พัฒนาตนเองในการทำไปสู่การพัฒนาชุมชนและสังคมทุกด้านซึ่งสามารถจำแนกวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้ (ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์, 2548, หน้า 7)

5.1 เพื่อปลุกจิตสำนึกให้คนในชุมชนได้ตระหนักในปัญหาของตนเองและเกิดความตระหนักในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของตนเองและชุมชน

5.2 เพื่อดำเนินการวิจัย โดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ กำหนดปัญหาและแนวทางในการแก้ปัญหา รวมทั้งดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยอาจร่วมกับองค์กร และหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในเรื่องนั้นๆ

5.3 เพื่อร่วมกับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

5.4 เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและการทำงานร่วมกันในการแก้ปัญหาและการพัฒนาชุมชน อีกทั้งผลักดันให้กิจกรรมทั้งหมดดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

6. วิธีกรวิจัย

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตินสาร (2547, หน้า 32-33) ได้เสนอวิธีดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

6.1 เน้นการศึกษาชุมชนเป็นการให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดของชาวบ้าน การเก็บข้อมูลเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นร่วมกันเพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาในชุมชนหรือความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยกันวิเคราะห์สภาพปัจจุบันในชุมชน นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงทรัพยากรในชุมชนที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาและการพัฒนา

6.2 เน้นการหาแนวทางในการแก้ปัญหา โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาทรัพยากรท้องถิ่นที่จะนำไปสู่วิธีการแก้ไขปัญหา

6.3 เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกโครงการ เพื่อนำไปสู่การนำไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะต้องคำนึงถึงเศรษฐศาสตร์ในแง่ของความคุ้มค่าความเหมาะสมกับเงื่อนไขทางวัฒนธรรม ความเชื่อและอื่นๆ ร่วมด้วย

6.4 เน้นให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาทุกขั้นตอนและสามารถดำเนินการได้เองหลังจากสิ้นสุดการวิจัยหรือเมื่อนักวิจัยออกจากพื้นที่แล้ว

7. ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นระเบียบวิธีที่ไม่ยึดติดรูปแบบอันเป็นมาตรฐานใดๆ การรวบรวมข้อมูลทำได้ในหลายๆ รูปแบบ ซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกับกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่มเข้ามา การรวบรวมข้อมูลทำได้ในหลายๆ

รูปแบบ ซึ่งโดยมากจะใช้วิธีเดียวกันกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ แต่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีขั้นตอนมากกว่างานวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งการปฏิบัติการและกิจกรรมที่เพิ่มเข้ามาตลอดจนการติดตามประเมินสถานการณ์และการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสม การรวบรวมข้อมูลตั้งแต่การเข้าสนามการสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวิเคราะห์ เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายประชาชน วิธีการทำได้หลายวิธี เช่น การตะล่อม (probe) การประชุมกลุ่ม การใช้วิดิทัศน์ การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสัมภาษณ์ การสำรวจ การให้คำปรึกษา การทำแผนที่ของชุมชน การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การอภิปรายส่วนการที่จะได้ข้อมูลที่ต้องการโดยใช้วิธีการใดนั้น ต้องมีความกลมกลืนและขึ้นอยู่กับตกลงร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับประชาชนในชุมชน (สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร, 2547, หน้า 33-34)

8. บทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

สิทธิรัฐ ประพุทธนิตสาร (2547, หน้า 38-36) ได้เสนอบทบาทของนักวิจัยในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

8.1 ต้องตระหนักในข้อจำกัดของตนเอง มีความรู้สึกที่ไม่รู้ นอกจากนี้ยังต้องตระหนักในระบบคุณค่าของตนเองเมื่อต้องสัมพันธ์กับค่านิยมของประชาชนในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไปจากตนเอง

8.2 ยอมรับการไม่รู้และพยายามเรียนรู้จากคนในชุมชนโดยผ่านมิตรภาพ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

8.3 หลังจากที่ได้ข้อมูลพอสมควรหรือเข้าใจปัญหาของท้องถิ่น ต้องร่วมกันกับชาวบ้านหาทางออกหรือการแก้ไขปัญหา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นงานหนักและมักเกี่ยวข้องกับความขัดแย้งอันเกิดจากโครงสร้างอำนาจท้องถิ่น แต่การก้าวเดินอย่างมีจังหวะ ปลูก กระตุ้นให้ตระหนักและเปิดใจกว้างออก จะช่วยให้ชาวบ้านได้เรียนรู้และเห็นทางออกที่ไม่จำเป็นต้องมีการปะทะหรือนำไปสู่ความขัดแย้งเสมอไป นอกจากนั้นการแก้ไขปัญหโดยชาวบ้านมีส่วนร่วมเป็นระบบการเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหไปด้วย

8.4 คนนอกที่เข้าไปเรียนรู้ในชุมชนหรือชนบท เตรียมเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ความขัดแย้งของชนชั้นนำในชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขาที่อำนาจภายนอกอิทธิพลของเขาต่อนโยบายและการปฏิบัติในการพัฒนา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งนักวิจัย นักพัฒนาหรือนักวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแกนนำของคนที่อยู่กับปัญหาในชุมชนเป็นหุ้นส่วนมีการผสมผสานระหว่างจุดแข็งของแต่ละหุ้นส่วนเข้าด้วยกันอย่างเลือกสรรและกลมกลืน คือ

8.4.1 นักวิชาการมีจุดแข็งในด้านการวิเคราะห์ แต่ไม่รู้ปัญหาดี ไม่มีหน้าที่ปฏิบัติ

8.4.2 นักปฏิบัติมีจุดแข็งในด้านการปฏิบัติ มีทรัพยากร แต่ไม่รู้ปัญหาดีและวิเคราะห์สู่นักวิชาการไม่ได้

8.4.3 แกนนำผู้อยู่กับปัญหา ระบุปัญหาหลักซึ่งดี แต่การวิเคราะห์และศักยภาพ ในการระดมทรัพยากรมีน้อยกว่านักปฏิบัติ

เพราะฉะนั้นการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกันผลของกระบวนการเรียนรู้จะทำให้ทุกฝ่ายที่เป็นหุ้นส่วนได้รับ (take) และได้ให้ (give)

9. การนำองค์ความรู้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการวิจัย จะเห็นได้ ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลไกสำคัญในกระบวนการพัฒนา เนื่องจากเป็น การวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่สามารถพัฒนาไปสู่การปฏิบัติได้ ขณะเดียวกันก็ยังสามารถเป็น แนวคิดในการสร้างกระบวนการพัฒนาเพื่อที่จะจัดการปัญหาในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้อง กับสภาพสังคมในปัจจุบันที่ต้องการองค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาใน กิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาพฤติกรรมสุขภาพซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องมากมาย เช่น ปัจจัย ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบบบริการสุขภาพ และปัจเจกบุคคล ดังนั้น การจะ พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อมืออาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวัง แพทย์และพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อมืออาชีพ ร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนา ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาในครั้งนี้

10. แนวทางการสนทนากลุ่มเฉพาะ (focus group interview guide)

แนวทางการสนทนากลุ่ม และการจัดลำดับหัวข้อในการสนทนา ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรต่างๆ ที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการวิจัยนั้นๆ ควรต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้า แต่ทั้งนี้ จะต้องยืดหยุ่นได้ในทางปฏิบัติ จากบรรยากาศในการสนทนาที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยอาจจะได้ประเด็น ซึ่งไม่ได้คาดคิดเอาไว้ก่อนจากผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ยกขึ้นมาเอง ซึ่งประเด็นต่าง ๆ เหล่านั้น ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถชักจูงได้ เพราะอาจเป็นข้อค้นพบที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อนซึ่งเป็น ประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย

10.1 อุปกรณ์สนาม (field instruments)

อุปกรณ์สนามที่ควรเตรียม เนื่องจากเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจัดสนทนา กลุ่ม ได้แก่

10.1.1 เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า ถ่านวิทยุ สำหรับอัดเสียงขณะที่ การสนทนากลุ่มกำลังดำเนินอยู่ทั้งนี้เพื่อจะนำมาถอดเทปในภายหลัง เพื่อประโยชน์ในการ วิเคราะห์สำหรับผู้วิจัย

10.1.2 สมุดบันทึกและดินสอ สำหรับผู้จดบันทึกเพื่อเป็นแนวทางใน การถอดเทปให้ง่ายขึ้น และผู้วิจัยจะได้ทราบบรรยากาศของการสนทนากลุ่มจากการจดบันทึก ของผู้จดบันทึก

10.1.3 แบบสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (screening form) เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogeneous) อยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งตัวแปรเหล่านี้จะเป็นเกณฑ์สำคัญในการคัดเลือกตามลักษณะงานวิจัย

10.1.4 สิ่งเสริมสร้างบรรยากาศ (refreshment & snack) เช่น เครื่องดื่มของขบเคี้ยว ฯลฯ สิ่งของดังกล่าวจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ระหว่างผู้มีส่วนร่วมในการสนทนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

10.1.5 ของสมนาคุณแก่ผู้ที่เข้าร่วมสนทนา (remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้เข้าร่วมสนทนาแม้จะเป็นสิ่งที่เล็กน้อย แต่ในทางจิตวิทยาแล้วเป็นสิ่งที่สำคัญมากสำหรับการแสดงออกซึ่งความมีน้ำใจของผู้วิจัยที่แสดงความขอบคุณต่อผู้ร่วมสนทนาที่ได้สละเวลามาครั้งนี้

10.2 สถานที่และระยะเวลา (location and time)

สถานที่จัดการสนทนา ควรจะเป็นบริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ที่ทำวิจัยนั้นๆ อาจจะเป็นบ้าน ศาลา วัด ไร่ ไร่ ไร่ ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ห่างไกลจากความพลุกพล่าน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้มีสมาธิในเรื่องต่างๆ ที่กำลังสนทนากัน ส่วนระยะเวลาในการสนทนาโดยทั่วไปไม่ควรจะเกิน 2 ชั่วโมงต่อ 1 กลุ่ม

10.3 ขั้นตอนในการจัดสนทนากลุ่ม

10.3.1 เลือกบุคคลที่จะให้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ด้วยแบบฟอร์มที่เตรียมไว้ตามขนาดของกลุ่มที่ต้องการ โดยทั่วๆ ไปควรจะประมาณ 6-12 คน เพราะหัวข้อบางหัวข้อที่ยาก หรือไม่น่าสนใจ สำหรับผู้สนทนาในกลุ่มจะทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถจุดประเด็นที่เร่งเร้าให้เกิดการสนทนาได้อย่างมีรสชาติ และปฏิภักิรียาได้ตอบกันระหว่างผู้สนทนาเองก็จะแสดงออกไม่เต็มที่ถ้าหากเกิน 12 คนแล้ว ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกคนก็จะไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของตนเองและเป็นการยากแก่ผู้ดำเนินการสนทนาในการที่จะชักนำให้กลุ่มนั้นหันเหเข้ามาสู่ประเด็นที่ต้องการ

10.3.2 เมื่อได้บุคคลที่เข้าข่ายแล้ว คณะผู้วิจัย (ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วย) จะเป็นผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาพร้อมกัน ณ สถานที่ที่จัดให้มีการสนทนากลุ่ม

10.3.3 ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำคณะผู้วิจัยอีกครั้ง และบอกจุดมุ่งหมายในการสนทนาด้วย พร้อมทั้งสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นกันเอง โดยเชิญให้รับประทานของขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม ขอความยินยอมจากผู้ร่วมสนทนา โดยขอบันทึกเสียงการสนทนา ควรชี้แจงให้ทราบจุดมุ่งหมายในการบันทึกเสียง การจัดบันทึก และเปิดโอกาสให้ซักถามคณะผู้วิจัยก่อน เพื่อสร้างความไว้วางใจ

10.3.4 เริ่มการสนทนา โดยยึดแนวทางการสนทนาที่มีอยู่เป็นหลัก ความเหมาะสม สามารถยืดหยุ่นได้แล้วแต่สถานการณ์กลุ่มพาไป อย่างไรก็ตามต้องคำนึงถึงว่า

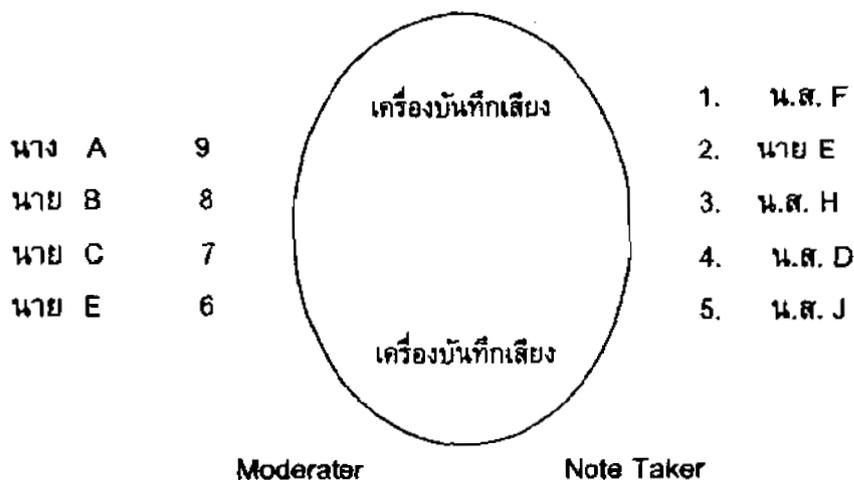
ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการแล้วหรือยัง ผู้ดำเนินการสนทนาควรจะประมาณระยะเวลาที่จะใช้ใน แต่ละประเด็นเอาไว้ด้วย เพื่อไม่ให้เสียเวลามากไปกับบางหัวข้อ แต่ทั้งนี้ผู้ดำเนินการสนทนา จะต้องไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มมีความรู้สึกว่าคุณคัดบท เมื่อแน่ใจว่าได้เนื้อหาตามที่ต้องการใน แนวทางการสนทนาแล้ว จบการสนทนาด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาซักถามข้อข้อง ใจอีกครั้งเพื่อเป็นการตอบข้อสงสัยในเรื่องที่สนทนาทั้งหมด

10.3.5 แจกของสมนาคุณ เพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ ต่อผู้เข้าร่วม สนทนา

10.4 การดำเนินการสนทนา

พินธุทิพย์ รามสูตร (2545, หน้า 49-53) ได้กล่าวถึงการดำเนินการสนทนา กลุ่มการตรวจสอบข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้คือ เมื่อสมาชิกกลุ่มมาครบ แล้ว ผู้ทำการสนทนา จะเริ่มสร้างบรรยากาศด้วยการต้อนรับ แนะนำตัวเองและคณะฯ ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการสนทนา ชี้แจงวิธีการสนทนาขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง ขออนุญาตจด บันทึก รวมทั้งถามคำถามอุ่นเครื่อง เพื่อนำเข้าสู่การสนทนา แล้วจึงนำเข้าสู่คำถามตามที่เตรียม ไว้ในแนวคำถาม ขณะที่ผู้ทำการสนทนาและผู้ร่วมสนทนากำลังสนทนากันนั้น เจ้าหน้าที่จด บันทึกก็จะทำการบันทึกย่อการสนทนาและบันทึกเสียงการสนทนาตลอดการสนทนา จนสิ้นสุด แล้วผู้นำสนทนาอาจซักถามความรู้สึกของผู้ร่วมสนทนาเกี่ยวกับเรื่องที่สนทนา วิธีการ บรรยายภาค ตลอดจนข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะอื่นๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะใช้ประกอบการเขียน รายงานสรุปของผู้วิจัยด้วย

นักวิจัยที่ทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา จะต้องเขียนแผนผังการนั่งของ ผู้เข้าร่วมวงสนทนา พร้อมกับเขียนหมายเลข และชื่อกำกับตำแหน่งไว้ เพื่อประโยชน์ 2 ประการ คือ ผู้นำการสนทนาจะได้รู้จักชื่อผู้ร่วมสนทนา และการตั้งคำถามจะได้ตรงกับตัวบุคคลเจ้าของ ชื่อ นอกจากนั้นผู้ทำหน้าที่จด จะบันทึกคำพูดตรงกับบุคคลที่พูด เช่น



ภาพ 3 แผนผังการนั่งของผู้เข้าร่วมวงสนทนา

ลักษณะการบันทึก จะเป็นดังนี้

M : การทำมาหากินตอนนี้เป็นอย่างไร

- 1 แยกตะ ไม่มีงานทำกันเลย
- 9 ข้าวก็ราคาตก
- 3 ปีนี้ก็แล้งเหลือเกิน จะได้อ่านหาหรือเปล่านั้นไม่รู้
- 7 ไม่มีนาทำกันแล้ว ถ้าแยกยึดไปหมดแล้ว

การสนทนากลุ่มนี้ จะได้ข้อมูลที่มีความแม่นยำและเชื่อถือได้แค่ไหน ขึ้นอยู่กับทักษะ และความสามารถของผู้นำการสนทนา รวมทั้งบุคลิกภาพของเขา ความสามารถในการสื่อสาร เช่น มีความคล่องในการพูดและฟังภาษาท้องถิ่น ความสามารถที่จะกระตุ้นให้คนไม่พูดแสดงความคิดเห็นออกมา และสามารถจะคุมคนที่พูดมากให้พูดน้อยลง นอกจากนี้ ลักษณะความเป็นเอกพันธ์ของกลุ่มที่สนทนา การเลือกผู้ร่วมสนทนาที่มีความเข้าใจ ความรู้ รวมทั้งประสบการณ์และความสนใจในเรื่องสนทนา ก็มีผลต่อความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วย

การควบคุมความลำเอียงของข้อมูลจะทำโดยการที่ผู้นำสนทนาควรจะเป็นคนละคนกับผู้วิจัยหลัก (principle investigator) เพื่อไม่ให้มีอคติในการเลือกคำถาม และเลือกผู้ตอบที่จะทำให้ได้ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ บุคคลที่จะประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลควรเป็นคนที่ เป็นกลางและร่วมในวงสนทนาด้วยตลอด การตรวจสอบ ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

10.5 การนำองค์ความรู้เรื่องการสนทนากลุ่มไปใช้ในการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวีโรงพยาบาลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี และการวิจัยทั้ง 3 ระยะเป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ ดังนั้น การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนสำคัญและเกี่ยวข้อง จึงมีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ใช้การสนทนากลุ่ม เพราะเป็นการพูดคุยและเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างอิสระและกว้างขวางเหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการแสวงหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในครั้งนี้ ซึ่งผู้มีส่วนสำคัญและมีส่วนเกี่ยวข้องต้องมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจและรับประโยชน์ร่วมกัน

11. การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะแยกจากกันเป็นคนละกระบวนการหรือขั้นตอน กล่าวคือ หลังการเก็บข้อมูลได้สิ้นสุดลงแล้ว จึงจะเริ่มทำการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น การเก็บข้อมูล ประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำไปพร้อม ๆ กัน หรือในเวลาใกล้เคียงกัน โดยไม่รอให้

ขั้นตอนหนึ่งเสร็จก่อน แล้วจึงทำอีกขั้นตอนหนึ่ง แต่จะทำความคู่กันไปหรือสลับกันไป ซึ่งมีวิธีการดังนี้

11.1 การตรวจสอบข้อมูล เนื่องจากข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพมักจะถูกสงสัยในประเด็นของความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังนั้น จึงมีการตรวจสอบข้อมูล โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulations) เกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้ ข้อมูล (data triangulation) ผู้วิจัย (investigator triangulation) ทฤษฎี (theory triangulation) วิธีการ (methodology triangulation) การตรวจสอบสามเส้านี้ เป็นการใช้เทคนิคของการเปรียบเทียบ คือ การเปรียบเทียบภายใน และเปรียบเทียบภายนอก ด้วยวิธีการต่อไปนี้

11.1.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูล จากแหล่งที่ได้ข้อมูลมา ทั้งแหล่งเวลา สถานที่และบุคคล ว่าถ้าต่างเวลาต่างสถานที่ และต่างบุคคลที่ให้ข้อมูล ข้อมูลจะแตกต่างกันหรือไม่

11.1.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เป็นการตรวจว่าระหว่างผู้วิจัยแต่ละคนหรือผู้ทำการเก็บข้อมูลแต่ละคนจะมีความแตกต่างในข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

11.1.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี ในการตีความข้อมูล ถ้าผู้วิจัยเปลี่ยนแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบจะทำให้ข้อสรุปจากเหตุการณ์มีความแตกต่างกันอย่างไร

11.1.4 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล ถ้าใช้วิธีการสนทนากลุ่มหรือสังเกตการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง จะแตกต่างจากการใช้หลายๆ วิธีร่วมกันหรือไม่

11.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่งเป็นหลัก ไม่ใช่สถิติ แต่จะอาศัยทฤษฎีเป็นกรอบในการสรุป ผู้วิจัยจึงต้องมีความรอบรู้ในแนวคิดทฤษฎีอย่างกว้างขวาง เพื่อจะนำมาใช้ได้เป็นแนวทางที่จะตีความข้อมูลได้หลายๆ แบบในการวิเคราะห์แบบสร้างข้อสรุปมี 3 วิธี คือ

11.2.1 การวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากปรากฏการณ์รูปธรรมที่มองเห็น เช่น พิธีกรรมการทำมาหากิน ความเป็นอยู่ในสังคม ซึ่งการสร้างข้อมูลในขั้นต้นจะเป็นสมมติฐานชั่วคราว เมื่อได้รับการตรวจสอบยืนยันในขั้นต่อไป ก็ถือเป็นข้อสรุปซึ่งมีลักษณะนามธรรม ดังนั้นจึงเห็นว่า การสร้างข้อสรุปนี้ นักวิจัยจะทำอยู่เกือบทุกขั้นตอนที่ได้รับสัมผัสกับปรากฏการณ์

11.2.2 การวิเคราะห์โดยจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) คือ การจำแนกข้อมูลเป็นชนิด ตามขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดต่อเนื่องกันไป ซึ่งอาจทำแบบที่ใช้ทฤษฎีและไม่ใช้ทฤษฎีก็ได้

11.2.3 การจำแนกโดยใช้ทฤษฎีแยกปรากฏการณ์ออกเป็นการทำกิจกรรม ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และสภาพสังคม ดังอธิบายไว้แล้ว ในการวิเคราะห์

ผู้วิจัยต้องพยายามตอบคำถามว่า สิ่งทีวิเคราะห์นั้นมีรูปแบบอย่างไร เกิดขึ้นอย่างไร กับใคร ทำไม มีผลกระทบอย่างไร เกิดจากสาเหตุอะไร เป็นต้น

11.2.4 การจำแนกโดยไม่ใช้ทฤษฎี คือ จำแนกตามความเหมาะสมของ ข้อมูล อาจใช้สามัญสำนึก หรือประสบการณ์ของผู้วิจัยก็ได้ เช่น แบ่งชนิดของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เหตุการณ์เกิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งต่าง ๆ ที่ กล่าวเหล่านี้ แล้วพิจารณาดูว่าปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นสม่าเสมออย่างไร หรือในสถานการณ์ใด มักจะเกิด เป็นต้น

11.2.5 การวิเคราะห์โดยเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison) โดยการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเป็นปรากฏการณ์ โดยทำเป็นตารางหาความสัมพันธ์โดย แยกแยะแต่ละปรากฏการณ์ออกเป็นส่วนๆ 6 ส่วนตามที่กล่าวไว้ แล้วพิจารณาดูว่าเหตุการณ์ ต่างๆ นั้นมีอะไรที่สัมพันธ์หรือซ้ำ หรือเกี่ยวข้องกันในแต่ละข้อบ้าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์

ชนิดของ ข้อมูล	(อะไร)	(อะไรและ อย่างไร)	(ทำไม)	(ใคร)	(อย่างไร)	(ที่ไหน)
ประเภทของ เหตุการณ์	พฤติกรรม การกระทำ	กิจกรรม	ความหมาย	การมี ส่วนร่วม	ความ สัมพันธ์	สภาพ สังคม