

บทที่ 2

เอกสารงานและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อในครั้งนี ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และ โรคเอดส์
2. กลุ่มช่วยเหลือตนเอง
3. แนวคิดในการดูแลตนเองของโอเร็ม
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม
5. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์

ความหมาย

เอดส์หรือ AIDS มาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการเกิดขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลาย โดยเชื้อไวรัสที่ชื่อว่าเอชไอวี หรือ HIV (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ส่งผลให้ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมหรือเสียไป ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทั้งที่บุคคลนั้นแข็งแรงดี โดยไม่ได้มีภูมิคุ้มกันผิดปกติมาแต่กำเนิด ไม่มีประวัติเป็นโรคหรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งเกิดจากเซลล์สร้างภูมิคุ้มกันถูกทำลาย (จุฑามณี สุทธิสีสังข์, 2540) อาการทางคลินิกที่ปรากฏ เนื่องจากการติดเชื้อโรคนี้อาจจะเกิดเนื่องจากเชื้อเอชไอวีโดยตรงหรือเป็นผลสืบเนื่องมาจากความผิดปกติในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้ โรคเอดส์ไม่ใช่โรคที่มีอาการเฉพาะทางกายอย่าง เดียว แต่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทางจิตใจรุนแรงร้ายกว่าโรคอื่นๆ (วันทนา มณีศรีวงษ์กุล, 2545) ผู้ติดเชื้อมักจะเก็บภาวะการติดเชื้อของตนไว้เป็นความลับเพราะกลัวว่าจะถูกผู้อื่นรังเกียจ นอกจากนี้โรคเอดส์ยังทำให้มีผลกระทบอย่างมากทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศ เช่นปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การถูกรังเกียจจากสังคมและปัญหาบิดามารดาเสียชีวิตทำให้บุตรต้องตกเป็นภาระในการดูแลของปู่ย่าตายายหรือญาติพี่น้อง

ในพ.ศ.2527 พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย ต่อมาจากรายงานความชุกของการเกิดโรคทางระบาดวิทยา พบการระบาดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มที่เฝ้าติดตามติดตามเข้าเส้นก่อนเป็นเชื้อ HIV-1 ชนิดย่อย B จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มต่างๆ พบว่ามีการติดเชื้อในหญิงให้บริการทางเพศมากขึ้น ต่อมาการระบาดได้มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ.2533 การระบาดกระจายไปทั่วทุกกลุ่ม ปัจจุบันพบการระบาดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง อย่างไรก็ตามประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการแพร่ระบาดมากในกลุ่มอายุ 15-49 ปี มากกว่าร้อยละ 1 ของประชากร (UNAIDS and WHO,2003)

ลักษณะและอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ที่สัมผัสโรคเอดส์หรือผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นโรคเอดส์เสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและความรุนแรงของเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกายและภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้รับเชื้อ ในกรณีที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะมีระยะการดำเนินของโรคแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะที่ไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic stage or carrier stage) หรือเรียกว่าระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ สุขภาพจะแข็งแรงสมบูรณ์เหมือนคนปกติทุกประการแต่อาจเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่นเดียวกับคนปกติอื่นๆ มีอาการไข้หวัด ซึ่งจะหายได้เหมือนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เข้าใจว่าเป็นหวัดธรรมดา ประมาณ 6-8 สัปดาห์ ภายหลังได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ถ้าตรวจเลือดอาจพบว่ามีเลือดบวกได้ คือ พบภูมิคุ้มกันที่เกิดจากเชื้อเอชไอวีในเลือด ส่วนใหญ่จะตรวจพบว่ามีเลือดบวกแน่นอน ภายหลังรับเชื้อ HIV มาเป็นระยะเวลา 3 เดือน (Bartlett, 1998) บางคนอาจจะอยู่ในระยะนี้ 2-3 ปี ก่อนที่จะเข้าสู่ระยะต่อไปโดยเฉลี่ย 7-8 ปี แต่บางคนอาจจะไม่มีอาการนานถึง 10 ปี หรือนานกว่านั้นก็ได้ ผู้ติดเชื้อทุกรายที่อยู่ในระยะนี้แม้จะไม่มีอาการก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นๆ ได้

ระยะที่ 2 ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex หรือ ARC) ระยะนี้นอกจากมีเลือดบวกแล้ว ยังอาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างปรากฏเช่น ต่อมมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวใน 1 เดือน อูจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานเกิน 1 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ มีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรงเช่น เริ่มที่ไม่ลุกลาม วัณโรคที่ไม่แพร่กระจาย เป็นต้น ระยะนี้อาจจะเป็นอยู่นานหลายเดือนหรือเป็นปีแล้วจะกลายเป็นระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป (Pratt, 1998)

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้น (full blown AIDS) หรือเรียกว่าระยะ “โรคเอดส์” ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมาก จนมีผลต่อการป้องกันการติดเชื้อชนิดอื่นๆ

เนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวถูกทำลายไปจนเกือบหมด ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อคนปกติได้ที่เรียกว่า “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใดที่ส่วนใดอาการแสดงที่จะพบจึงเป็นได้หลายแบบ เช่นถ้าเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ก็จะมีไข้ ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ถ้าเป็นเชื้อราของทางเดินอาหาร ก็จะมีอาการเจ็บคอ กลืนลำบาก ถ้าเป็นสมองอักเสบจากเชื้อ *Cryptococcus* ก็จะมีอาการไข้วัดศีรษะมากคอแข็งหรือถ้าเป็นโรคเอดส์ของระบบประสาทโดยตรงก็จะทำให้มีอาการซึมเศร้าความจำเสื่อมสติฟั่นเฟือน สมองเสื่อม แขนขาชาหรืออ่อนแรงชักกระตุก เป็นต้น บางรายอาจมีมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือดหรือ Kaposi's Sarcoma โดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ำๆ ตามผิวหนัง มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) พบเป็นก้อนโตตามที่ต่างๆของร่างกายเป็นต้น เมื่อเข้าสู่ระยะนี้แล้วส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในเวลาต่อมา (American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, 1996-2002)

การป้องกันการรับเชื้อเพิ่มและการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์บางรายไม่ได้เกิดจากพฤติกรรมของตนเอง เช่นทารกที่เกิดมาจากมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ และนอกจากนี้เราไม่สามารถบอกได้ว่าใครติดเชื้อเอดส์ เพราะผู้ติดเชื้อระยะแรกจะไม่มีอาการและแข็งแรงเป็นปกติ วิธีป้องกันการแพร่ระบาดที่ดีที่สุดคือ ให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติตนที่จะไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ หรือแพร่ไปสู่ผู้อื่น ซึ่งมีแนวทางดังนี้

1. การรักษาความสะอาดของร่างกาย ตั้งแต่ผม ผิวหนัง เล็บ ในช่องปาก ฯลฯ อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการล้างมือถือว่ามีความสำคัญมาก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องล้างมืออย่างถูกต้องทั้งก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน

2. การรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณบ้านจะต้องสะอาดและถูกสุขลักษณะ หากพื้นเปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อควรทำความสะอาดด้วยตนเอง โดยใช้ยาไฮโปคลอไรท์ สำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือสารน้ำจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง ผู้ติดเชื้อควรซักด้วยน้ำยาซักผ้าขาว หรือน้ำยาไฮโปคลอไรท์ เช่นกัน

3. ในรายที่มีบาดแผลในบริเวณที่สามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง ควรให้ผู้ติดเชื้อทำแผลด้วยตนเอง สำหรับผ้าพันแผลหรือกระดาษเช็ดมือที่ใช้แล้วให้ทิ้งในภาชนะที่ปิดมิดชิดเพื่อนำไปเผาหรือทำลายอย่างถูกต้องต่อไป

4. ระวังระวังเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ ไม่ควรดูแลสัตว์อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการทำความสะอาดกรงสัตว์ไม่ควรทำเองแต่ถ้าจำเป็นต้องทำเองต้องใส่ถุงมือและผูกผ้าปิดปากปิดจมูกเนื่องจาก

ในอุจจาระแมวมมีเชื้อท็อกโซพลาสโมซิส (Toxoplasmosis) ในอุจจาระนกมีเชื้อซิสตาโคซิส (Psittacosis) และในตู้ปลาเชื้อไมโครแบคทีเรีย (Mycobacterium) ซึ่งอาจทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับเชื้อเหล่านี้ได้

5. ควรหลีกเลี่ยงการไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อต่างๆ เพราะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำอยู่แล้ว จึงมีโอกาสรับเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย
6. ควรงดสูบบุหรี่หรือสูบให้น้อยลง เพราะการสูบบุหรี่จะส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น
7. หลีกเลี่ยงการซื้อยาบางประเภทมาใช้เอง ที่สำคัญคือยากุ่มสเตียรอยด์ซึ่งจะยิ่งทำให้ภูมิคุ้มกันตกลงง่ายต่อการติดเชื้อยิ่งขึ้น
8. ควรปิดปาก ปิดจมูกเวลาไอหรือจามทุกครั้ง
9. ผู้ติดเชื้อต้องไม่บริจากลีือด พลาสมา อสุจิ อวัยวะหรือเนื้อเยื่อ

การรักษา

ในปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อเอชไอวีทำให้ไม่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่เป็นเพียงการรักษาตามอาการและอาการแสดงที่พบ การให้ยาด้านไวรัส (antiretroviral therapy) การให้ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น และการพัฒนาวัคซีนโรคเอดส์ (ชัยยศ คุณานุนท์, 2541) ซึ่งรายละเอียดของการรักษามีดังนี้

1. ยาด้านไวรัส ในประเทศไทยมียาด้านไวรัสเพื่อไม่ให้เชื้อไวรัสแบ่งตัวเร็วและยับยั้ง หรือชะลอการดำเนินของโรคเอดส์ ที่ผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้วจำนวน 12 ชนิด โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มนิวคลีโอไซด์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Nucleoside Reverses Transcriptase Inhibitors : NRTIs) ได้แก่อะซิโดไทม์มิดีน (Azidothymidine : AZT) ไดคาโนซีน (Dinanzine : ddI) ซัลซิทาบิน (Zalcitabine : ddC) สตาเวอดีน (Stavudine : d4T) ลามิวูดีน (Lamivudine : 3TC) และอะบาคาเวอ์ (Abacavir : ABC) 2) กลุ่มนีออนิวคลีโอไซด์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส อินฮิบิเตอร์ (Non – nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors : NNRTIs) ได้แก่ เนอีราปีน (Nevirapine : NVP) และอีฟาเวเรนซ์ (Efavirenz : EFV) ซึ่งยาทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาออกฤทธิ์โดย ขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ รีเวอร์สทรานสคริปเตส (reverse transcriptase) และ 3) กลุ่มโปรทีเอส อินฮิบิเตอร์ (protease Inhibitors : Pis) ได้แก่ ซาควินาเวอ์ (Saquinavir : SQV) ไรโทนาเวอ์ (Ritonavir : RIV) อินไดนาเวอ์

(Indinavir : IDV) และเนลฟินาเวียร์ (Nelfinavir : NFV) ออกฤทธิ์โดยการขัดขวางการทำงานของเอนไซม์โปรทีเอส (protease) ทำให้ไวรัสไม่สามารถสร้างโปรตีนได้

สำหรับวิธีการใช้ยาต้านไวรัสในปัจจุบัน มีรายงานยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการใช้ยาสูตร 3 ตัว (Highly Active Antiretroviral Therapy : HAART) สามารถทำให้ระดับภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนซีดีโฟร์เพิ่มขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะยากุ่มที่มี PI (IDV,SQV,RTV,NFV)ร่วมด้วย สามารถลดอัตราการเกิดติดเชื้อฉวยโอกาสและลดอัตราการตายจากเอดส์ได้อย่างชัดเจน สำหรับสูตรยารวม 3 ชนิด ที่ยอมรับเป็นมาตรฐานการรักษาคือ 2NRTIs + 1PI และ 2NRTIs + 1NNRTI แต่ในการรักษาต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องทั้งในแง่เวลา ก่อน – หลังอาหาร ซึ่งถ้าหากผู้ติดเชื้อรับยาไม่สม่ำเสมอไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดปัญหาคือยาได้ ส่วนการใช้ยาต้านไวรัสควรเริ่มใช้ 2 ชนิด ก็สามารถชะลอการดำเนินโรคได้ สำหรับสูตรที่ใช้คือ AZT + ddI หรือ d4T + ddI ในการเริ่มใช้ยาต้านไวรัสควรเริ่มใช้เมื่อผู้ป่วยมีอาการหรือจำนวนซีดีโฟร์น้อยกว่า 250 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตรหรือระดับไวรัสมากกว่า 30,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยการตรวจด้วยวิธี RT - PCR หรือมากกว่า 50,000 เซลล์ / ลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยการตรวจด้วยวิธี bDNA จากการศึกษาพบว่าการใช้ยาต้านไวรัสสองชนิดพร้อมกันจะยืดอายุได้ประมาณ 1.25 ปี และถ้าใช้สามชนิดพร้อมกันจะยืดอายุผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ประมาณ 3 ปี (Prescott, 1996 อ้างในชัยยศ คุณานันท์, 2541)

2. สารเพิ่มภูมิคุ้มกัน (immunotherapeutic agents) เป็นยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น เช่น ฮอร์โมนไทมิก (thymic hormones) อินเตอร์ฟีรอน (interferon) ทาลิโดไมด์ (thalidomide)

3. การรักษาโรคแทรกซ้อน เป็นการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น จากการติดเชื้อฉวยโอกาส และการติดเชื้อเอชไอวี

4. การพัฒนาวัคซีนเอชไอวี/เอดส์ นักวิชาการพยายามหาสูตรการต่างๆ เพื่อควบคุมรักษาและป้องกันโรคเอดส์ มาตรการหนึ่งคือการพัฒนาวัคซีนเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยได้ทำการทดสอบและประเมินผลวัคซีนซึ่งเป็นขั้นตอนของการศึกษาความปลอดภัย คุรยละเอียดของขนาด ระยะเวลาของการให้วัคซีนและวิธีการให้วัคซีนที่จะให้ผลดีที่สุด ในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน มีการทดสอบและประเมินผลมาแล้ว 5 ครั้งด้วยกัน โดยเป็นวัคซีนป้องกัน 4 ครั้ง และวัคซีนสำหรับรักษา 1 ครั้ง ซึ่งสรุปแล้วในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนเอชไอวี/เอดส์ ที่ใช้ได้ผลเพราะขณะนี้ยังอยู่ในช่วงของการพัฒนาและการประเมินผล (สรชัย นิตยพันธ์, 2541)

ผลกระทบจากเอดส์

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกายแล้วสภาวะสุขภาพจะเกิดการขาดความสมดุลจะมีการทำลายระบบภูมิคุ้มกันชนิดทีเซลล์ตลอดเวลาบางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลยตลอดชีวิต ทั้งที่ยังมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่ปรากฏมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นจะมีภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง มีอาการเจ็บป่วยต่างๆ จากการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 207 คน ในประเทศอังกฤษพบว่า อาการผู้ที่ติดเชื้อเห็นว่ารุนแรงต่อตนเองได้แก่ การหายใจตื่นเมื่อทำกิจกรรม การหายใจตื่นเมื่อพัก ความอ่อนเพลีย ความอ่อนล้าปากแห้ง การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดศีรษะ (Reilly, Holzemer, Henry, Slaugh & portillo, 1997) การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะต่างๆอย่างรวดเร็ว ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์มีภูมิคุ้มกันลดลงและเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกายตามมา การดำเนินของโรคอาจช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น ภาวะสุขภาพ ผู้ติดเชื้อทั้งก่อนและหลังได้รับเชื้อ เมื่อเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้น ผู้ป่วยเอดส์จะมีอาการผอมลง มีความผิดปกติ ของระบบทางเดินอาหารทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการติดเชื้อได้ง่าย ปอดและหัวใจอาจมีการอักเสบของเชื้อหุ้มหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจ อาจมีการติดเชื้อฉวยโอกาสที่ปอด เช่น วัณโรค หรือติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นสาเหตุ ของปอดอักเสบได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการซีดอ่อนเพลีย อันเนื่องมาจากเม็ดเลือดแดงลดลง มักพบว่าเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดต่ำด้วย

2 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงและเป็นเรื่องสิ้นหวัง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อทราบผลการตรวจเชื้อจะมีปัญหาด้านจิตประสาท คือการตกใจ และตกตะลึง หวาดกลัว ความซึมเศร้า เสียใจ สับสน มีความคิดจะฆ่าตัวตาย รู้สึกสิ้นหวังและหมดหนทาง รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รู้สึกผิดในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา รู้สึก โกรธผู้ที่นำเชื้อมาติดตน รู้สึกไม่แน่นอนต่อการมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่แน่ใจในการวินิจฉัยของแพทย์ แยกตัวออกจากสังคม อาจมีอาการทางจิตประสาทมีสภาพความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืม ไม่มีสมาธิ คุ้มคลัง ซึมเศร้า (Kormiewez, O'Brien & Larson, 1990) แต่บางรายจะปฏิเสธหลีกเลี่ยงหนีจากความเป็นจริงโดยจะแสดงออกในลักษณะของความพอใจที่ตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนั้นการติดเชื้อเอชไอวียังทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเพราะสังคมมีความรู้สึกว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลน่ารังเกียจ มักได้รับการปฏิเสธทางสังคม เนื่องจากทัศนคติไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคม เป็นภาพที่สะท้อนจากสื่อออกมาสู่สายตาประชาชนว่าเป็นภัยที่น่ากลัวจากโรคเอดส์ทำให้ประชาชนหวาดกลัว ไม่กล้าที่จะพูดคุย สัมผัส รับประทานอาหารร่วมกัน หวาดกลัว น่ารังเกียจ และไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าและความมีศักดิ์ศรีของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีนั้นลดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกอ่อนแอ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สิ้นหวังไร้อนาคต (Anderson, 2000) ถึงแม้จะมียาที่มารักษาแต่ก็ไม่สามารถทำให้หายขาดได้และยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางร่างกายจากการทวีความรุนแรงของโรค มีความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัว ทำให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ เก็บกดซึมเศร้ามีความพร้อมในการดูแลตนเอง (ทิตยา หอมทรัพย์, 2538) ยิ่งทำให้โรคเอดส์กำเริบคุกคามตนเองมาก สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการประกอบอาชีพ ต้องตกงานมีการสูญเสียรายได้ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สูญเสียบทบาทในครอบครัว ขาดความมั่นคงในชีวิต บางรายถูกมองว่าเป็นตราบาปของสังคม ไม่ได้ได้รับการยอมรับเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังซึ่งเป็นสาเหตุให้นำไปสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตายในที่สุด

3. ผลกระทบต่อครอบครัว โรคเอดส์กับโรคอื่นๆ มีความแตกต่างกัน การเป็นเอดส์นั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางราย ไม่กล้าบอกญาติ กลัวพ่อแม่ยอมรับไม่ได้ว่าลูกติดเชื้อ รู้สึกอับอายชาวบ้าน โอกาสที่จะเปิดเผยให้กับครอบครัวทราบเขาต้องรู้สึกว่าคุณคนนั้นไว้ใจได้ เป็นที่พึ่งพาได้ไม่ซ้ำเติมครอบครัวและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีการเผชิญกับความเครียดมากมายหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการยากมากที่จะทำให้ยอมรับได้ว่าญาติของตนติดเชื้อที่ทุกคนกลัวและน่ารังเกียจ ซึ่งจะส่งผลให้สังคมตราหน้าว่าสมาชิกในครอบครัวของตนติดเชื้อเอชไอวี ครอบครัวต้องมีมลทิน การปฏิบัติตัวของครอบครัวเปลี่ยนไป ส่วนใหญ่มาจากสื่อโฆษณาที่ว่าเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงเป็นแล้วตาย เกิดจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดี การใช้สารเสพติด (Chapman, 2002) สื่อที่ออกมาทางลบเหล่านี้มีผลต่อครอบครัว คนใกล้ชิด มีส่วนสำคัญว่าจะยอมรับได้หรือไม่ เช่นการรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำร่วมกัน ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของตนเองกับครอบครัวกลัวถูกรังเกียจไม่ยอมรับ จนกว่าจะปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจน หรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถปกปิดได้ต่อไปเท่านั้นจึงเปิดเผยสภาพทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาดูแลสุขภาพทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้รวดเร็วและง่ายทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่อาการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในเวลาทีรวดเร็ว ปัญหาสำคัญของครอบครัวคือครอบครัวประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ขาดรายได้และยังขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้สมาชิกในครอบครัวประสบปัญหาอื่นๆตามมา เช่นความเครียดความวิตกกังวลการเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Sarna, Servellen, Pidlla & Brecht, 1999) สัมพันธภาพของครอบครัวเสียไป สมาชิกในครอบครัว อาจแสดงความรังเกียจไม่ไว้ใจจะทิ้งกันไปได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยนอกจากจะขาดรายได้แล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเช่นภรรยาอาจต้องเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีมีภาระรับผิดชอบเพิ่มขึ้น โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

4. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ข้อมูลสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 (ยศ ตีระวัฒนานนท์ และคณะ, 2545) พบว่าการเสียชีวิตที่สำคัญในหน่วยอัตราการตายของประชากรไทยในเพศ อายุได้แก่ เอคส์ อุบัติเหตุ และมะเร็ง เมื่อเปรียบเทียบกับโรคเอคส์กับโรคอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นประชากรวัยรุ่น และวัยทำงานมีอายุระหว่าง 22-35 ปี ดังนั้นหากคิดถึงความสูญเสียในลักษณะของโรค (burden of disease) ในประชากรที่สูญเสียไป จากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost: YLL) จะพบว่าในปี 2542 เพียงปีเดียวคนไทยเสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 398,875 คน เป็นชาย 234,167 คน หญิง 164,708 คน คิดเป็นจำนวนปีที่ต้องสูญเสียไป เพราะการตายก่อนวัยสมควร เพศชายได้เท่ากับ 7,739,248 ปี และเพศหญิง 4,779,225 ปี ในการนี้เป็นการสูญเสียจากโรคเอคส์เพียงโรคเดียวถึง 1,788,737 ปี หรือร้อยละ 23 ในเพศชายร้อยละ 14 ในเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจของประเทศ และขัดขวางการพัฒนาประเทศชาติอย่างใหญ่หลวง เห็นได้ชัดจากประสิทธิภาพของการผลิตลดลง รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลจัดหาเวชภัณฑ์และยาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) การจัดสรรงบประมาณในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อให้กระจายสู่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งการศึกษาวิจัย การณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การค้นคว้าทดลองหายาที่จะรักษาโรคนี้อ หรือผลิตวัคซีนมาป้องกันโรคให้ได้ ยังมีปัญหาโรคเอคส์ที่ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของประเทศไทยซึ่งเคยทำรายได้ให้กับประเทศอย่างมาก เนื่องจากนักท่องเที่ยวกลัวการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การเผยแพร่ชื่อเสียงของประเทศไทยก็น้อยลง นอกจากนี้การพัฒนากิจการของประเทศไทยที่มีอุปสรรคมากขึ้น การลงทุนจากต่างประเทศก็ลดน้อยลง การส่งสินค้าออกไปขายต่างประเทศก็จะถูกรังเกียจ แรงงานไทยที่จะไปทำงานต่างประเทศก็ถูกกีดกัน การขยายตัวทางเศรษฐกิจ ก็ทำได้ในขีดจำกัด ผลกระทบทางด้านสังคมผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับผลกระทบเนื่องจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้องของบุคคลในสังคม ขณะเดียวกันครอบครัวจะมีความวิตกกังวลในการเอาใจใส่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดความตึงเครียดนำไปสู่วิกฤตการณ์การแตกแยกของครอบครัวได้ ในชุมชนและสังคมยังไม่ยอมรับทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องแยกตัวออกจากสังคม ไม่เข้ารับการรักษา ทำให้โอกาสเกิดการติดเชื้อซ้ำเติมและเสียชีวิตได้เร็วขึ้น

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Group)

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองทางด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่ต้องการรวมกลุ่มเพื่อเป็นศูนย์กลางในการปรึกษาปัญหาระหว่างสมาชิกด้วยกัน หรือเกิดจากความต้องการของพยาบาล แพทย์ นักศึกษา เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน

เพื่อให้สมาชิกของกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เคยมีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาก่อน และสามารถเอาชนะปัญหาต่างๆ มาได้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกยอมรับได้ง่ายกว่าคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่

แนวคิดเกี่ยวกับกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลายๆ ประการ ซึ่ง นักวิชาการหลายท่าน ได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยสรุปดังนี้ (Robinson, 1985; Steiger & Lipson, 1985; Gilbey, 1987)

1. สมาชิกของกลุ่มต่างมาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนกัน “ลงเรือลำเดียวกัน” (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ให้ความช่วยเหลือเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง มิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่นจะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เพราะทำให้ผู้ที่แนะนำคนอื่นกระทำกิจกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอจนเกิดความชำนาญ
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัวหรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
5. การได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหาและได้แก้ปัญหาดังกล่าว จนเป็นผลดี จะยอมรับว่าบุคคลนั้นเป็นแบบอย่าง (role model) ของผู้ที่รู้จริง (expertist) ซึ่งสมควรปฏิบัติตามและแน่ใจว่าตนเอง จะสามารถผ่านพ้นปัญหาและภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเอง กับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน ทำให้ได้ระบายความรู้สึกทุกข์ คับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวังและปัญหาอื่นๆ ได้โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนและกำลังใจเป็นอย่างดี
7. การที่สมาชิกได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้หรือกำลังใจหรือสิ่งของอื่นๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดมโนทัศน์ดีขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

8. สมาชิกที่เคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิตการได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกสิ้นหวัง ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ลดการแยกตัวจากสังคม

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพอนามัย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกลุ่ม ทำให้สมาชิกสามารถปรับตัวได้และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดที่ต้องใช้เวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นเวลานาน ผู้ที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรค ผู้ที่ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต เป็นต้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะให้ประโยชน์ทั้งด้านการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งมีข้อมูลและผลการวิจัยที่สนับสนุนว่า การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ประโยชน์แก่สมาชิกของกลุ่ม ซึ่งสรุปได้ 3 ประการใหญ่ๆ (Newton, 1984) คือ

1. สมาชิกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล แม้ว่าเขาจะมีปัญหาบางอย่าง โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าของสมาชิก ซึ่งเป็นเป้าหมายที่สำคัญของกลุ่ม จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการสนับสนุนที่ได้จากกลุ่มเป็นการช่วยเหลือที่สมาชิกได้รับประโยชน์มากที่สุด
2. ให้ความช่วยเหลือแก่กันและกัน (mutual assistance) จะให้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาและบริการเกี่ยวกับภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยเรื้อรัง โรคอ้วน บางกลุ่มจัดบริการทางโทรศัพท์แก่สมาชิกด้วย เช่น กลุ่มพักผ่อน เป็นต้น
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรค โดยสมาชิกเป็นผู้ดำเนินการเองในการให้ความรู้ ข่าวสาร ข้อมูล และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน หรือได้จากบุคคลภายนอกกลุ่ม เช่น เภยวิทยากรมาบรรยายให้สมาชิกฟัง หรือได้รับความรู้จากคณะที่ปรึกษากลุ่ม เป็นต้น

ประโยชน์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ เคิร์ตซ์ (Kurtz, 1988) ได้ศึกษาการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองกับผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (affective disorder) จำนวน 188 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม ได้รับผลดีจากกลุ่มอย่างน่าพอใจ และจากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครอง โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่าความโศกเศร้า ความเศร้าซึม ความมีคุณค่า ความพึงพอใจในชีวิต ความไว้ห้วและความสามารถเปลี่ยนแปลงดีขึ้นไปในระดับปานกลาง (Redburn & Juretech, 1989) และลอริก (Lorig, 1985) ได้รายงานผลการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยข้ออักเสบ ที่ใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ความรู้แก่สมาชิก โดยสมาชิกของกลุ่มซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังจากเข้าโปรแกรม 4 เดือน กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมที่ดีเพิ่มขึ้น อาการปวด

ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงนี้คงอยู่ถึงการประเมินเมื่อครบ 20 เดือน ซึ่งผู้วิจัยให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการ ลงทุนต่ำ และได้รับการยอมรับอย่างดีจากผู้ป่วย แพทย์และสมาชิกในทีมสุขภาพ

บทบาทและกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวี

ปัจจุบันการเคลื่อนไหวและการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื่อเอชไอวี โดยมีองค์กรพัฒนาเอกชนให้การช่วยเหลือและสนับสนุนก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ติดเชื่อเอชไอวี การดูแลรักษาตนเอง รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระหว่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีด้วยกันอย่างกว้างขวาง ตัวแทนกลุ่มและเครือข่าย ซึ่งถือได้ว่าได้พัฒนาศักยภาพตนเองและความคิด มีบทบาทที่สำคัญมากขึ้นในสังคม การเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการมาเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวางแผนและผลักดัน ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ

การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สมาชิกกลุ่มจะเรียนรู้ความจริงเกี่ยวกับโรค กลยุทธ์ต่างๆที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น การเข้ากลุ่มจะช่วยเพิ่มความหวังรวมทั้งพัฒนาความสามารถในการนำทรัพยากรต่างๆมาใช้ให้เต็มศักยภาพ (Corey & Corey, 1992) ทั้งนี้ สเปคเตอร์ และ คอนกลิน (Spector & Conklin, 1987 cited in Corey & Corey, 1992) ได้เสนอแนะการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเอดส์ ให้คำนึงถึงสิ่งดังต่อไปนี้

1. การเลือกสมาชิกควรเป็นผู้ติดเชื่อในระยะเดียวกัน เพราะผู้ติดเชื่อที่มีอาการรุนแรงกว่าจะทำให้สมาชิกอื่นรู้สึกกลัวได้
2. ผู้นำกลุ่มควรมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการของโรคเอดส์ เพื่อสามารถให้คำแนะนำ หรือข้อมูลแก่สมาชิกได้
3. ควรมีการเฝ้าติดตามภาวะอารมณ์ของสมาชิกกลุ่ม เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตของผู้ติดเชื่อ
4. ผู้ประสานงานกลุ่มต้องสามารถให้คำปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด หรือการใช้เทคนิคเพื่อความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์
5. ผู้รักษาผู้ติดเชื่อควรให้ข้อมูลชัดเจนและทันสมัย เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ แก่สมาชิกกลุ่ม

สำหรับประเทศไทย การรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ เริ่มขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2536 และขยายเป็นกลุ่มต่างๆ ไปตามจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้านต่างๆเป็นจำนวนมาก ในขณะนี้ (เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์ และจิราภรณ์ ยาชมภู, 2543) การดำเนินงานของกลุ่มผู้ติดเชื่อ

ภาคเหนือมีการแบ่งเครือข่ายต่างๆ เช่น ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับภาคและระดับชาติ ซึ่งมีการพบปะประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ปีละครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน หน่วยงานราชการ สถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ จนเกิดกลุ่มเครือข่ายที่มีการพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ได้รับการยอมรับและเข้าไปปัญหาจากชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถกลับคืนเข้าสู่ชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการปกป้องสิทธิ สร้างนโยบาย และแนวปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ภัสสร ลิมานนท์, 2544)

จากการศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย ของเกียรติกุล เผ่าทรงฤทธิ์ และจิราภรณ์ ยาชมภู (2543) พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทมากที่สุดในการเป็นแหล่งความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีสุขภาพกายและใจดีขึ้น มีอายุยืนยาวออกไป

กลุ่มผู้ติดเชื้อชมรมมะลิซ้อน อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการรวมตัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพร้าว จัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2537 สมาชิกมีทั้งผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโรงพยาบาล และผู้ที่ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสจากโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกลุ่มเพื่อเป็นเวทีพบปะของกลุ่มผู้ติดเชื้อ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง รวมถึงข้อมูลข่าวสารของสมาชิกกลุ่ม การสร้างเสริมกำลังใจของสมาชิก ปัจจุบันมีกิจกรรมดังนี้

1. ประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อทุกวันสุดท้ายของเดือน โดยมีวัตถุประสงค์ของการประชุมกลุ่มคือพบปะแลกเปลี่ยนปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกัน และเชิญวิทยากรมาบรรยายความรู้ทางวิชาการ
2. ส่งเสริมอาชีพ เพื่อให้สมาชิกมีรายได้เสริมได้แก่ การทำพวงหรีด ดอกไม้จันทน์ การเลี้ยงหมู เลี้ยงไก่ การทำแชมพูสมุนไพร
3. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ดี

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรม หมายถึงการกระทำต่างๆ ที่สิ่งมีชีวิตแสดงออกทางด้านการกระทำ ความคิด และรู้สึก ซึ่งรวมถึงการกระทำที่สังเกตได้และไม่ได้ (เริงชัย หมั่นชนะ, 2535)

ความหมายของพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรมมี 2 อย่าง (ดำรงศักดิ์ ชัยสนิท และ ประสาน หอมพูล, 2538)

ดังนี้

1. การกระทำต่างๆ ซึ่งสิ่งมีชีวิตกระทำขึ้นและผู้อื่นสังเกตได้ จากการกระทำนั้นเช่น หัวเราะ ร้องไห้
2. กระบวนการต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติต่อสภาพแวดล้อมของบุคคลเหล่านั้น โดยมีวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง และอยู่ภายใต้ความรู้สึกลึกซึ้ง

ประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรมแบ่งได้ 2 ประเภท (ดำรงศักดิ์ ชัยสนิท และ ประสาน หอมพูล, 2538) ดังนี้

1. พฤติกรรมภายนอก (external or overt behaviour) ผู้อื่นสามารถเห็นได้
2. พฤติกรรมภายใน (internal or covert behaviour) พฤติกรรมภายในใจ ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถใช้เครื่องมือวัดได้ ผู้กระทำพฤติกรรมเท่านั้นที่จะรู้

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care)

ความหมายการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่อันดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บและป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง มีผู้สนใจศึกษาและอธิบายความหมายของการดูแลตนเองไว้หลายประเด็น ดังเช่น เลวิน (Levine, 1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 4) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคการวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้นและการรักษาเบื้องต้น นับว่าเป็นระดับขั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ เช่นเดียวกับดิน (Dean, 1981 อ้างใน อัมภวรรณ ใจเป็ย, 2543) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นการดูแลรักษาสุขภาพระดับพื้นฐานในชุมชนทั่วไป ที่รวมถึงการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่ว่าจะปฏิบัติในขณะนั้นหรือขณะใดก็ตามจะรวมถึงพฤติกรรมอนามัยของบุคคลการรักษาสุขภาพ

อนามัย การใช้บริการการป้องกันโรคการประเินอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาตนเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในวิชาชีพ นอกจากนี้ นอร์ริส (Norris, 1979) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่าเป็นกระบวนการที่ทำให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสนำเอาความคิดริเริ่มและความรับผิดชอบดูแลสุขภาพปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของตนเองเพื่อการรักษาสุขภาพอนามัย เป็นการช่วยเหลือและการดูแลตนเอง มิได้กระทำในเรื่องของการเจ็บป่วยเล็กน้อยเท่านั้น คินไลน์ (Kinlien, 1977) กล่าวว่าแนวคิดการดูแลตนเอง (self-care concept) มีติดตัวมากับมนุษย์การกระทำและการดูแลตนเองนั้นมิได้หมายถึงการปล่อยให้ทุกคนกระทำอะไรด้วยตนเองเสมอไป ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ดี ส่วนเด็กเล็กหรือเด็กอ่อน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ และผู้ที่เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ (health status) และเช่นเดียวกับโอเรียม (Orem, 1985 อ้างในสมจิตหนูเจริญกุล, 2536, หน้า 22-23) กล่าวว่าความหมายการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 1991) และความต้องการการดูแลตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคล ซึ่งป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี

กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม

โอเรียม (Orem, 1991) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองไว้ว่า ภายใต้บริบททางสังคมในปัจจุบัน พฤติกรรมการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับพัฒนาการของแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อความผาสุก และเพื่อเป้าหมายสูงสุดของชีวิต รวมทั้งมีการพึ่งพาคัดเลือกบุคคลในครอบครัวเพื่อการคงไว้ซึ่งความจำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และตามภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยมีสมมติฐานและข้อเสนอแนะดังนี้

สมมติฐาน

1. มนุษย์มีความเท่าเทียมกัน มีศักยภาพในการพัฒนาสติปัญญา และทักษะในการ

ดูแลตนเองและการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว

2. วิธีการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับชนบทรรมนิยม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละสังคม
3. การดูแลตนเองและการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเป็นการกระทำที่จิตใจขึ้นอยู่กับลักษณะการเจริญเติบโต หรือการเลี้ยงดูในวัยเด็ก
4. แบบแผนการดูแลตนเองและการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว เป็นแนวทางในการพัฒนาไปสู่รูปแบบของการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลตนเองเป็นการใช้ความคิดของมนุษย์เพื่อให้อยู่รอด มีประสิทธิภาพ
2. การดูแลตนเองอย่างมีแบบแผนก่อให้เกิดการกระทำอย่างจริงจังในการพัฒนาสุขภาพ การดำรงชีวิตที่ดี และการรู้จักแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ
3. การดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน เกี่ยวข้องกับการใช้ทรัพยากรและพลังงาน เพื่อเปลี่ยนสถานะต่างๆ ให้มีการพัฒนาดำรงไว้ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เผชิญอยู่
4. การดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน ที่เกิดขึ้นภายในของแต่ละบุคคลจะสังเกตได้ยาก แต่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น เนื่องจากเหตุผลในการแสดงออกมักถูกเก็บไว้ภายใน
5. การดูแลตนเองที่ติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเช่นเดียวกับการปฏิบัติ ระบบการดูแลตนเอง จะเชื่อมโยงและติดต่อกันในหลายๆความคิด
6. องค์ประกอบที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการวัดหน้าที่ที่จำเป็นและผลของการกระทำ (วัดโดยสิ่งที่พบหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น)

ระยะของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action และ goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะคือ (Orem, 1985 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ เป็นระยะที่บุคคลสามารถจะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่กระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นๆว่าเหมาะสม จะต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต ควรให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็น

ความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำจึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำในการดูแลตนเองได้ (Orem, 1991)

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำและผลของการกระทำ ซึ่งการกระทำจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ป้องกันแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้องและถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง (Orem, 1991)

ประเภทของการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองของโอเร็ม มีทั้งที่ก่อให้เกิดผลดี (therapeutic) และเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (non-therapeutic) สิ่งที่อยู่หรือผู้รับบริการคาดหวังคือการดูแลตนเองที่ก่อให้เกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ดังนั้นจึงเกิดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยใช้วิธีที่ถูกต้องเหมาะสม แบ่งออกเป็น 3 ประเภทตามภาวะสุขภาพและระยะของพัฒนาการคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 27-30)

1.การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลและการดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการจุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

1) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

3) การเคี้ยวและการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2.คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1) จัดการให้มีการขั้บถ่ายตามปกติ ทั้งการจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
 2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษา โครงสร้างและ
 หน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขั้บถ่าย

- 3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
- 4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและถูกสุขลักษณะ

1.3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

- 1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนอง
 ทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
- 2) รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ จากขนบธรรมเนียมประเพณีเป็นพื้นฐาน
 ในการสร้างแบบแผน การพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

1.4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- 1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง
 และสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จัก
 ติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- 2) ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตรให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพา
 ซึ่งกันและกัน
- 3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5. ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

- 1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น
- 2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตราย
- 3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ
- 4) ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ
 ความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

- 1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
- 2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

(health promotion & prevention)

4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และหน้าที่ ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์โดยศีลธรรม ธนภูมิ (2535, หน้า 46-115) คลิดและควอล (Glic, 1957 and Duvall, 1977 อ้างในกรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2539, หน้า 23-26) ได้แบ่งขั้นตอนการพัฒนาพัฒนาการออกเป็น 8 ช่วงอายุดังนี้

2.1. วัยก่อนคลอด (prenatal stage) เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนถึงการคลอด ซึ่งในขณะนี้มารดาได้ผ่านกระบวนการทางจิตใจระหว่างมีครรภ์ คือ การยอมรับเด็กว่าเป็นบุตร และการทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตรได้ในที่สุด เฮอกอซ (Hergoz, 1977 อ้างในศีลธรรม ธนภูมิ, 2535) กล่าวว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการทางจิตใจซึ่งเป็นปฏิกริยาระหว่างจิตใจกับร่างกายที่จะพัฒนามนุษย์ไปสู่ความเป็นมารดานั่นเอง

2.2. วัยทารก (infancy) เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดจนถึงอายุ 2 ปี เป็นระยะของการปรับตัวของเด็กกับสิ่งแวดล้อมใหม่ภายนอกครรภ์มารดา เป็นพัฒนาการที่เป็นพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่พัฒนาการในวัยต่อไป การพัฒนาในขั้นนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการวางรากฐานของลักษณะร่างกายและบุคลิกภาพในด้านสรีระวิทยา เด็กทารกจะเริ่มพัฒนาจากที่ช่วยตัวเองไม่ได้ไปสู่ภาวะที่พึ่งตัวเองได้มากขึ้น เด็กจะมีอารมณ์โกรธ กลัว ดีใจ เสียใจ ซึ่งผลการแสดงออกของอารมณ์มักจะมีผลสำคัญเนื่องมาจากวุฒิภาวะและการเรียนรู้ การที่เด็กจะมีพัฒนาการที่สำเร็จดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับทัศนคติของบิดา มารดาที่มีต่อตัวเอง ถ้าบิดามารดาเข้าใจธรรมชาติเด็กให้ความรักความอบอุ่นที่เพียงพอ จะทำให้เด็กเติบโตด้วยความรู้สึกที่เชื่อมั่น และเป็นเด็กที่มีความสุข

2.3. วัยเด็กตอนต้นหรือวัยก่อนเข้าโรงเรียน (early childhood or pre-school age) เริ่มตั้งแต่เด็กอายุประมาณ 3 ปีถึง 5 ปีกว่าระยะนี้เป็นระยะที่เด็กเริ่มต้นจากการเป็นผู้ที่ต้องคอยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดเวลา มาสู่โลกใหม่ที่สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองแทบทุกสิ่งต้องใช้ความสามารถและความพยายามเป็นอย่างมาก เด็กวัยนี้จะเริ่มมีความกล้าหาญในด้านความสัมพันธ์ทางอารมณ์กับบุคคลใกล้ชิด เป็นวัยที่เด็กเริ่มแยกจากบิดามารดามากขึ้น เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น รู้จักความเป็นเพศหญิงหรือเพศชายของตนเอง มีพัฒนาการด้านภาษาอย่างเต็มที่ มีความคิดและสติปัญญาเจริญขึ้นมากเพื่อเตรียมตัวที่จะใช้ชีวิตนอกบ้านในวัยต่อไป

2.4. วัยเด็กตอนปลายหรือวัยเรียน (late childhood or school age) เริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปีจนถึงอายุประมาณ 12-13 ปี เป็นระยะแห่งการเรียนรู้ เด็กจะเป็นผู้เรียนและมีความต้องการที่อยากจะทำสิ่งต่างๆด้วยตนเองมาก การเรียนรู้จะแตกต่างกันตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม เด็กวัย

นี้สามารถทำสิ่งที่เป็นหน้าที่ของตนในชีวิตประจำวันได้แทบทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ ส่วนในด้านการเข้าสังคมเป็นวัยที่เด็กก้าวไปสู่สังคมภายนอก ครอบครัวคือไปโรงเรียนและสถานที่อื่นๆเด็กจะรวมอยู่กับเพื่อนๆรุ่นเดียวกันแทบตลอดเวลา เด็กจะเริ่มหัดทำงานที่เป็นประโยชน์ มีความรับผิดชอบต่อสังคมยิ่งขึ้น มีการช่วยบุคคลอื่นนอกบ้าน และช่วยแบ่งเบาภาระทางบ้านลงไปมาก (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535) เด็กจะรู้ถึงฐานะคนในครอบครัว และตระหนักถึงบทบาททางเพศของตนเอง ทั้งนี้เด็กจำเป็นต้องนำคุณสมบัติที่เขาได้พัฒนามาแล้ว ในวัยเด็กตอนต้นไปใช้ในการปรับตัว ทั้งในการเรียนรู้สิ่งต่างๆและการปรับตัวกับสังคมภายนอก ครอบครัว มีการฝึกหัดการอยู่ได้ด้วยตนเอง การเข้ากลุ่มเพื่อที่จะพัฒนาตนเองไปสู่บุคลิกภาพของ ความเป็นผู้ใหญ่ในอนาคต

2.5. วัยรุ่น (adolescence) มีอายุระหว่าง 13-20 ปี เป็นวัยที่สำคัญในขั้นพัฒนาการทาง ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับอวัยวะเพศจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความสมบูรณ์ และเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับขบวนการสืบพันธุ์ นอกจากนี้วัยรุ่นจะมีการพัฒนาด้านความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์ที่แตกต่างไปจากวัยเด็ก มีความแปรปรวนทางอารมณ์ และภาระหน้าที่ของพัฒนาการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือความสามารถในการปรับตัว ทางด้านสังคม และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งความคิดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งการปรับตัวจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพัฒนาการ วัยเด็กพื้นฐานการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมซึ่งบิดามารดามีความรับผิดชอบอย่างเต็มที่ (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535) วัยนี้เด็กแยกตัวออกห่างจากครอบครัวไปเป็นอิสระมากขึ้น โดยทั่วไปวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถแก้ปัญหาและปรับตัวได้ระหว่างพัฒนาการในวัยนี้และในที่สุดก็ก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ ที่สามารถรับผิดชอบตนเองได้

2.6. วัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว (early adulthood) เริ่มตั้งแต่สิ้นสุดวัยรุ่นหรือ อายุประมาณ 10-25 ปีจนถึง 40 ปี วัยผู้ใหญ่คือวัยที่รับผิดชอบการดำเนินชีวิตของตน โดยนำ ประสบการณ์ต่างๆที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็กมาใช้ในการปรับตัว และแก้ปัญหาชีวิต ผู้ที่ปรับตัวได้ดี ในวัยผู้ใหญ่คือผู้ที่ได้ผ่านพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยต่างๆ มีความสมบูรณ์ของร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา สามารถเผชิญชีวิตและอุปสรรคต่างๆทั้งยามปกติและยามคับขัน มีความรับผิดชอบ กระทำสิ่งต่างๆด้วยเหตุผล ตามทำนองคลองธรรม เป็นระยะของการสร้างความมั่นคงในชีวิต และเป็นระยะของการเปลี่ยนแปลงในชีวิต แต่ละคนมักจะเริ่มปักหลักในการประกอบกิจการงาน หรือ ปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงงานอาชีพที่ตนทุ่มเทอยู่ไปสู่สภาพที่ก้าวหน้าขึ้น รวมทั้งต้องปรับตัวใน ชีวิตแต่งงาน โดยสามี ภรรยาจะต้องรู้จักปรับตัวเข้าหากันให้มีการผ่อนปรนซึ่งกันและกัน มีความ ยืดหยุ่นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง

เป็นที่ปรึกษาของครอบครัวได้ (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535) รวมทั้งปรับบทบาทการเป็นปู่ย่า ตายาย ได้อย่างเหมาะสม โดยการสนับสนุน แนะนำให้คำปรึกษา ในการเลี้ยงดูบุตรหลาน และการคงไว้ซึ่ง กิจกรรมกับชุมชนและเพื่อนบ้าน เป็นการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2539)

2.7. วัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (middle adulthood or middle age) มีอายุ ระหว่าง 40 ถึง 60-65 ปี นับเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของวัยผู้ใหญ่ที่สำคัญ เป็นวัยที่เตรียมตัวเข้าสู่วัยชรา เป็นวัยที่คนส่วนมากมักไม่ค่อยยอมรับว่าตัวเองเข้าสู่วัยนี้แล้ว สำหรับผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่ วัยกลางคนหมายถึงการหมดความสามารถในการมีบุตร หมดความสวยงาม มีการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความกลัวว่าสามีจะแบ่งปันความรักไปให้ผู้หญิงที่สาวกว่า นอกจากนี้ ธุรกิจของสามีที่มีมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกว่าเหวและเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย สำหรับ ชายวัยกลางคน หมายถึงพลังเสื่อมทางพลังกายและพลังเพศ กังวลว่าตนจะสูญเสียความสามารถ ทางเพศ มักทำให้ชายวัยนี้ พยายามแสดงออกให้คนอื่นเห็นว่ายังหนุ่มอยู่ (ศรีธรรม ธนภูมิ, 2535) บุคคลสามารถปรับตัวได้ดีและดำเนินชีวิตวัยหนุ่มสาวด้วยความก้าวหน้า ก็จะประสบความสำเร็จ ในชีวิตเมื่อถึงวัยกลางคน ได้แก่มีชีวิตครอบครัวที่มั่นคงเลี้ยงดูอบรมบุตรหลานจนเติบโต เป็น ผู้ใหญ่ที่รับผิดชอบตนเองได้ มีความสำเร็จในหน้าที่การงานตามสมควรแก่ฐานะและความสามารถ มีความสามารถแก้ปัญหาทั้งในเรื่องส่วนตัว ครอบครัวและงานได้ ที่สำคัญบุคคลวัยนี้ควรมีความพึงพอใจในความสำเร็จของตนให้มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิต มีกิจกรรมทางสังคมและสันตนาการ มากขึ้น และสามารถยอมรับความผิดพลาดความบกพร่องของตนได้เช่นกัน

2.8. วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือวัยชรา (late adulthood or old age) เริ่มตั้งแต่อายุ 60-65 ปีขึ้นไป วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละคน เป็นวัยแห่งการสูญเสียด้าน สุขภาพ ความแข็งแรงของร่างกาย เพื่อนฝูง ญาติพี่น้อง ซึ่งภาวะสุขภาพทางกายที่พบได้แก่การ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้ม ความผิดปกติของระบบประสาท การ รับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง และเหมาะสมตามวัยและภาวะสุขภาพของร่างกาย การขาดการออกกำลังกาย ภาวะทางจิตใจของคนชราบางคนอาจมีอาการซึมเศร้า ว่าเหวเนื่องจากการถูกตัดขาดหรือ ห่างเหินจากสังคมภายนอก การเกษียณจากงานทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ไร้ค่า ต้องพึ่งพานุทรหลาน ด้าน เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย การดูแลรักษาและการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน คนชราจำนวนมากมักขาด รายได้ทันทีหลังจากหมดภาระหน้าที่การงาน จึงเกิดความเดือดร้อนด้านการเงินที่ต้องนำมาใช้ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าดูแลรักษาพยาบาลซึ่งคนชราต้องมีการปรับตัวใน ด้านต่างๆดังนี้ มีการปรับที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับวัยและสภาพความเจ็บป่วย ปรับค่าใช้จ่ายให้ เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจ ปรับตัวให้เข้ากับชีวิตหลังหยุดงานประจำ ปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิต

ตามข้อจำกัดของสังขาร ได้ตามอัธยาศัย รวมทั้งป้องกันการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ปรับตัวให้อยู่คนเดียวถ้าคู่สมรสเสียชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุตรหลาน อยู่ง่ายกินง่าย ไม่รู้จักจุกจิกและเตรียมตัวเผชิญกับชีวิตในวาระสุดท้ายของคนอย่างกล้าหาญไม่กลัวตาย (กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, 2539) วัชรจักรเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบสุข สามารถปรับตัวต่อสภาพต่างๆ ในบั้นปลายของชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

พัฒนาการของแต่ละระยะตามวัยต่างๆ มีความแตกต่างกัน ทั้งในด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม หากบุคคลมีพัฒนาการที่เหมาะสมในแต่ละวัย สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และสามารถปรับบทบาทของตนเองหรือดูแลตนเองได้ เมื่อเผชิญกับภาวะที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง จะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 28)

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติเช่นเกิดโรคหรือเจ็บป่วยจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 ประการคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 29-30)

3.1.แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้เช่นเจ้าหน้าที่สุขภาพ-อนามัย

3.2.รับรู้สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3.ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัยการฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4.รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5.คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการ ความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพรวมทั้งปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาคือคนอื่น การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6.เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นนี้จะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองใน

ประเด็นอื่นเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ครบถ้วนและสมบูรณ์เพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าเมื่อใดที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติได้ถูกต้องตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เพิ่มมากขึ้นถือว่าบุคคลเหล่านั้นมีการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี (Orem, 1991)

การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายจิตใจ รวมทั้งการอยู่ร่วมในสังคม ดังนั้นการดูแลตนเองให้สามารถดำรงตนให้อยู่ได้ในสังคมโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องมีการดูแลตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพป้องกัน โรคและความเจ็บป่วย ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ดังนี้ คือ (จิระภา ศิริวัฒน์เมฆานนท์ และคณะ, 2543)

1. การได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อด้วยโรคอื่นได้ง่าย จึงต้องการสารอาหารต่างๆเพื่อบำรุงร่างกาย ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และรักษาโรคภัยไข้เจ็บอาหารที่ผู้ติดเชื้อได้รับนอกจากจะเน้นที่การรับประทานให้ครบ 5 หมู่แล้ว ควรเป็นอาหารที่หาง่ายในชุมชน ราคาไม่แพง
2. การได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อปรับสมดุลของสารน้ำในร่างกาย ป้องกันท้องผูก ควรดื่มน้ำ กาแฟและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้หัวใจเต้นเร็วใจสั่นได้
3. การอยู่ในที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดเช่น โรงภาพยนตร์สถานเริงรมย์ต่างๆ ตลอดจนไม่อยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ การเผาขยะ ฝุ่นละออง ควรจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้โล่ง และอุปกรณ์เครื่องใช้ให้สะอาดอยู่เสมอ
4. การพักผ่อนอย่างเพียงพอ คือการนอนหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง บางครั้งอาจมีการนอนในเวลากลางวันบ้าง การนอนหลับสนิทจะช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ และจะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น

5. การออกกำลังกาย จะช่วยให้ร่างกายหลั่งสารที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ร่างกายแข็งแรงและพักผ่อนได้ง่ายขึ้น ความมากน้อยหรือลักษณะของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ติดเชื้อ โดยต้องสังเกตว่าตนไม่เหนื่อยจนเกินไป เพราะจะเป็นผลเสียกับร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมควรใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นอย่างน้อย

6. การขบถ่าย ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ควรมีการดูแลตนเองให้ขบถ่ายทุกวัน หรือ 1 – 2 วันต่อครั้ง เพราะอาการท้องผูกจะทำให้เกิดแผลร้อนในในปาก เบื่ออาหาร และอึดแน่นท้อง การป้องกันท้องผูก ได้แก่ การดื่มน้ำเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีกาก การออกกำลังกาย การขบถ่ายเป็นเวลา นอกจากนี้ยังควรสังเกตการถ่ายปัสสาวะ เช่น สีเข้มขึ้น ขุ่น มีตะกอน อาการเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการขาดน้ำ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

7. การดูแลความสะอาดของร่างกายโดยทั่วไปและเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อและเพื่อความสบาย

8. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน ให้สะอาด แสงแดดส่องถึง ไม่มีแหล่งเชื้อโรคหรือแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ

9. การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรมีเวลาได้อยู่ตามลำพังเพื่อทบทวนสิ่งต่างๆ และวางแผนอนาคตของตนเอง และควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อให้รู้สึกมีเพื่อนและเป็นการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม

10. การผ่อนคลายความเครียด เพื่อลดความวิตกกังวล เกิดปัญหาในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ และทำให้ภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคดีขึ้น

ดังนั้นถ้าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดูแลสุขภาพในประเด็นดังกล่าวอย่างดีก็จะทำให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีได้ อย่างไรก็ตามนอกจากตัวผู้ติดเชื้อเองจะดูแลสุขภาพของตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะเครือข่ายทางสังคมเนื่องจาก แนวคิดใหม่ในการบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพคือ การกระตุ้นให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน ได้ใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในสังคมนั้นๆ ให้ได้สูงสุด เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือพึ่งพาตนเองทั้งในภาวะปกติและทุกระยะของการเจ็บป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นวิธีหนึ่งที่ยึดฐานแนวคิดนี้เป็นหลัก โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการช่วยเหลือหรือส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเพียงพอสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ในปัจจุบันมีวิธีการส่งเสริมศักยภาพของผู้ติดเชื้อดังนี้

1. การให้คำปรึกษา (counseling) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ผู้รับบริการให้คำปรึกษาได้ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่ผู้รับบริการคำปรึกษากำลังเผชิญ (Devante, 1991 อ้างในจักรพงษ์ พิณญาพงษ์, 2540) การให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจนผู้รับบริการเปิดเผยความรู้สึก ความเชื่อและการกระทำของตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการ เข้าใจปัญหาตนเองมากขึ้นหาทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่สามารถนำไปปรับตัวและดำรงชีวิต

2 การให้ความรู้ (education) เป็นการให้ความรู้และคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรค การรักษา การปฏิบัติตน การดูแลตนเอง อาจใช้การสอนเป็นกลุ่ม หรือสอนรายบุคคล มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังโปรแกรมการให้ความรู้

3.การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความผาสุกของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง (มารยาท วงษาบุตร, 2539) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ การบริการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือในการประกอบอาชีพและการซื้อยา การจัดหาช่วยเหลือเครื่องอุปโภค บริโภค การอุปการะในสถานสงเคราะห์ การเข้าถึงบริการของรัฐ เครือข่ายทางสังคม

4. การสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help group) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี (network) จากความยุ่งยากซับซ้อนและพลวัตของปัญหาเอดส์ การแก้ไขปัญหาจึงไม่สามารถแก้ไขได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง ต้องประสานความร่วมมือ โดยใช้พลังศักยภาพ ความเชี่ยวชาญของแต่ละส่วนชุมชนเป็นเป้าหมายหลักเป็นฐาน และแกนดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน และพึ่งตนเองได้ (Ciambrone, 2002) การสนับสนุนโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสร้างความเข้าใจ ไว้วางใจ ช่วยให้ผู้คลุ้รู้สึกมีเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมรับความรู้สึกมีแหล่งสนับสนุน มีทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ช่วยให้เกิดพลังอำนาจ การรวมกลุ่มที่มีประสิทธิภาพ ประโยชน์ที่ได้รับจากกลุ่มได้แก่ การไว้วางใจเปิดเผยความรู้สึกได้ ข้อมูลข่าวสารที่

ได้จากกลุ่มจะช่วยให้เกิดมีพลังอำนาจในตนเองมากยิ่งขึ้นมีความรู้ที่มั่นใจ และนี่ถึงคุณค่าตนเองมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ศึกษารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยจำนวน 65 ราย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ที่ติดเชื้อมีปฏิกิริยา ตอบสนองและปรับตัวต่อการติดเชื้อได้หลายแบบ และมีรูปแบบการดูแลตนเอง คือ มีการตั้งใจรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงเสมอ การป้องกันความเจ็บป่วย โดยป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม เลิกเที่ยวโสเภณี งดการมีเพศสัมพันธ์ และเลิกเที่ยวกลางคืน

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537) ได้ศึกษาติดตามเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและครอบครัวเพื่ออธิบายสถานการณ์การดูแลตนเอง โดยทำการศึกษาในผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 20 ราย เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์อย่างถูกต้องแต่ไม่ค่อยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองภายหลังการติดเชื้อ การรับรู้ต่อการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดที่ต้องทำได้แก่ การไปพบแพทย์ทุกครั้งเวลาเจ็บป่วย การกินยาตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทำสมาธิ การยอมรับสภาพอย่างเข้มแข็ง การเปิดเผยตัวเอง

ทิตยัทยา หอมทรัพย์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า การแสดงอาการของโรคและการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มารยาท วงษาบุตร (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวัง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เข้ารับการรักษา ณ วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ ความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัมภวรรณ ใจเป็ย (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 41 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามระยะพัฒนาการและในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองและได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากทีมสุขภาพจะทำให้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภุริชญา บุรินทร์กุล (2547) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส จำนวน 12 คน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองขณะได้รับยาต้านไวรัส ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการรับประทานยาตรงเวลา สังเกตและติดตามประเมินผลการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง การรับประทานอาหารที่สะอาดมีประโยชน์และดื่มน้ำมากๆ การออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และงดสูบบุหรี่ และมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม โดยคุมมีเพศสัมพันธ์หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อไม่รับเชื้อเพิ่ม

อรทัย จินดาไตรรัตน์ (2548) ศึกษาถึงบทบาทของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 172 ราย พบว่าผู้ที่เคยรับประทานยา ก่อนเข้าการกลุ่มมีการขาดยา รับประทานยาผิดเวลาร้อยละ 50 หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การทำงานกลุ่มช่วยให้สมาชิกมีวินัยในการรับประทานยาดียิ่งขึ้นและทำให้ได้เพื่อนที่เข้าใจและได้มีกำลังใจในการรักษาดีขึ้น

กรอบแนวความคิดในการศึกษา

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นภาวะเรื้อรังที่ผู้ติดเชื้อจะต้องเผชิญตลอดชีวิต ดังนั้นผู้ติดเชื้อจะต้องสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพ การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ในเรื่องการดูแลความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้แก่การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ อาหารน้ำ การขับถ่ายการพักผ่อน การออกกำลังกาย ตลอดจนการป้องกันอันตรายต่อชีวิต สวัสดิภาพและพัฒนาการของตนเอง การดูแลตนเองที่จำเป็นในระยะพัฒนาการได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวทางสังคม การผ่อนคลายความเครียด การตระหนักและยอมรับความมีคุณค่าแห่งตน และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม การให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหา

สุขภาพของตนเอง การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ การปรับอัตรานอนพักผ่อนและเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ และสภาวะที่เป็นอยู่อย่างปกติสุข การดูแลตนเองเหล่านี้แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม และสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved