

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired immunodeficiency syndrome) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ได้ง่ายกว่าคนปกติ

A = Acquired หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลังไม่ได้มีมาแต่กำเนิด

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ หรืออาการหลาย ๆ อย่างไม่เฉพาะระบบใดระบบ

รวมแปลว่า "กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม" เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย เสื่อมหรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด (สารานุกรมเสรี, 2555)

ประวัติความเป็นมา

ที่มาของโรคเอดส์เชื้อเอชไอวีซึ่งทำให้เกิดโรคเอดส์นั้นมีแหล่งกำเนิดมาจากไพรเมทที่ไม่ใช่มนุษย์ใน sub-Saharan Africa ต่อมาจึงถ่ายทอดมายังมนุษย์ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 หรือต้นศตวรรษที่ 20 มีเชื้อเอชไอวีสองชนิดที่ติดต่อมายังมนุษย์ คือ เอชไอวี-1 และเอชไอวี-2 โดย เอชไอวี-1 นั้นเป็นอันตรายมากกว่า ติดต่อยากกว่า และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่บนโลกนี้ เชื้อเอชไอวี-1 มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเชื้อไวรัสที่พบในลิงชิมแปนซี และการศึกษาทาง molecular phylogenetics ก็บ่งชี้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวี-1 ปรากฏขึ้นในช่วงระหว่าง

ปี ค.ศ. 1884-1924 ในแอฟริกาเขตเส้นศูนย์สูตร^[2] เชื้อเอชไอวี-2 นั้นติดต่อกันได้ยากกว่าและส่วนใหญ่พบอยู่ในแอฟริกาตะวันตกพร้อมกับเชื้อใกล้เคียงอื่น ๆ ได้แก่ไวรัสที่พบใน Sooty Mangabey (*Cercocebus atys*) ซึ่งเป็นลิงโลกเก่าใน Guinea-Bissau, Gabon และ Cameroon (สารานุกรมเสรี, 2555) การศึกษาวิจัยทางพันธุศาสตร์ชี้ว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีมีถิ่นกำเนิดมาจากแอฟริกากลางตะวันตกในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 โรคเอดส์เป็นที่รู้จักครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) ใน ค.ศ. 1981 ส่วนสาเหตุของโรคและเชื้อไวรัสเอชไอวีนั้น ค้นพบในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 1980 (สารานุกรมเสรี, 2555)

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีชายรักร่วมเพศป่วยเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อชนิดหนึ่ง (*Pneumocystis Carinii*) ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมาก่อนและไม่เคยให้ยากดภูมิต้านทาน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกัภูมิต้านทานโรคเสียไป จากการศึกษาย้อนหลังปรากฏหลักฐานว่าโรคนี้อาจมีต้นกำเนิดจากประเทศในแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. 2503 และแพร่ไปยังเกาะไฮติ ทวีป อเมริกา ยุโรป และเอเชีย รวมทั้งประเทศไทยด้วย สำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกของประเทศไทยนั้นเป็นชายอายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อประเทศสหรัฐอเมริกา และมีพฤติกรรมรักร่วมเพศเริ่มมีอาการในปี พ.ศ. 2526 ได้รับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกา พบว่าปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคเอดส์ คนไข้จึงกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (www.baanjommyut.com)

เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเอดส์หรือ HIV (Human Immunodeficiency Virus) เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเอดส์สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์เนื้อสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเกิดเนื้องอกบางชนิด (สารานุกรมเสรี, 2555) เมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิต้านทาน (Antibody) ต่อเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ เชื้อไวรัสเอดส์จะไปทำลายเม็ดเลือดขาวซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง (www.baanjommyut.com)

คุณสมบัติของเชื้อไวรัสเอดส์

เชื้อไวรัสเอดส์สามารถอาศัยหรือทำให้เกิดโรคเฉพาะในคนเท่านั้น ไม่สามารถทำให้เกิดโรคในสัตว์อื่น เมื่อออกมามนอกร่างกายจะไม่สามารถทนต่อสภาพแวดล้อมได้ อาจมีชีวิตได้นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันเท่านั้น ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ ความชื้น สภาวะกรด ด่าง ความแห้ง

ความชื้น เช่น อุณหภูมิร้อน 56 องศาเซลเซียส นาน 10-15 นาที เชื้อก็ตายหมด นอกจากนี้ยังทำลายได้ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อต่าง ๆ เช่น 5% โซเดียมไฮโปคลอไรท์

ผู้ค้นพบเชื้อไวรัสเอดส์ ในปี พ.ศ. 2526 Lue Montagnier ชาวฝรั่งเศส สามารถแยกเชื้อจากน้ำเหลืองของผู้ป่วย และตั้งชื่อว่า Lymphadenopathy Associated Virus หรือ LAV ในปี พ.ศ. 2527 Robert Gallo นายแพทย์ชาวอเมริกันสามารถแยกเชื้อจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วย และตั้งชื่อว่า Human T cell Lymphotropic Virus Type III หรือ HTLV III จากการศึกษาในเวลาต่อมาพบว่าเชื้อทั้ง 2 ตัวนี้เป็นชนิดเดียวกัน จึงตกลงตั้งชื่อให้เป็นสากลว่า Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV (www.baanjommyut.com)

ส่วนของร่างกายที่ไวรัสเอดส์อาศัย

เชื้อไวรัสเอดส์มีมากที่สุดในเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ร่องลงมา คือ น้ำอสุจิน้ำในช่องคลอด ส่วนน้ำลาย เสมหะ น้ำนม มีปริมาณไวรัสเอดส์น้อย สำหรับเหงื่อ ปัสสาวะ และอุจจาระแทบไม่พบไวรัสเอดส์เลย

การติดต่อ

เชื้อไวรัสเอดส์ติดต่อผ่านการสัมผัสของเยื่อเมือกหรือการสัมผัสสารคัดหลั่งซึ่งมีเชื้อ เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นช่องคลอด น้ำหลังก่อนการหลั่งอสุจิ และนมมารดา อาจติดต่อผ่านเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นทางช่องคลอด หรือทวารหนัก หรือช่องปาก, การรับเลือด, การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อน, ติดต่อกับแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ คลอด ให้นม หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งต่าง ๆ ดังกล่าว (สารานุกรมเสรี, 2555) แม้ว่าเชื้อเอดส์จะมีในของเหลวที่ออกจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย แต่พบว่าโอกาสที่จะแพร่โรคมิเฉพาะทางเลือด น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอดเท่านั้น ฉะนั้นช่องทางการติดต่อที่สำคัญมี 3 ทางคือ (www.baanjommyut.com)

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้ได้ทั้งสิ้น และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นได้แก่ การมีแผลเปิด

2. การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปริมาณไวรัสที่มีอยู่ในเลือด พบได้ 2 กรณีคือ

2.1 การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ที่มีเชื้อเอดส์มักพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

2.2 การรับเลือดในขณะผ่าตัดหรือรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือดที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ และจะปลอดภัยเกือบ 100% (โอกาสตรวจผิดหรือเลือดมีเชื้อแต่ยังไม่ให้ผลบวกมีน้อยมาก)

3. จากหญิงที่ติดเชื้อจากสามี คู่นอน หรือจากพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองอาจจะถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ และโอกาสที่เด็กจะได้รับเชื้อจากแม่ประมาณ 30 – 50%

ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

โรคเอดส์ไม่ติดกันได้ง่าย ๆ ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์มีหลายประการ คือ ปริมาณเชื้อเอดส์ หากได้รับเชื้อมาก โอกาสติดโรคก็มากไปด้วย เชื้อเอดส์มีมากที่สุดในเลือด รองลงมาคือน้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด การมีบาดแผล เพราะเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลทำให้ติดโรคได้ง่ายขึ้น การติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ การเป็นกามโรคบางชนิด เช่น แผลริมอ่อน แผลริม ทำให้มีเม็ดเลือดขาวอยู่ที่แผลจำนวนมาก พร้อมจะรับเชื้อได้โดยง่าย และเป็นหนทางให้เชื้อเอดส์เข้าสู่แผลได้ง่ายขึ้น จำนวนครั้งของการสัมผัส การสัมผัสเชื้อโรคบ่อยจะมีโอกาสติดเชื้อมาก โรคเอดส์ถึงแม้จะเป็นโรคติดต่อที่มีอันตราย แต่ก็ไม่ได้ติดต่อกันง่าย ๆ ได้ การติดโรคนั้น ต้องปัจจัยที่เหมาะสม ดังต่อไปนี้ (www.thaigoodview.com)

1. ปริมาณของเชื้อไวรัส ถ้าได้สัมผัสกับสิ่งที่มีปริมาณของเชื้อไวรัสมาก โอกาสติดเชื้อโรคจะมีมากตามไปด้วย
2. การมีบาดแผล ผิวหนังปกติจะช่วยปกป้องไม่ให้เชื้อโรคใดๆ ผ่านเข้าสู่ร่างกายได้ หรือมีบาดแผลจะเป็นช่องทางให้เกิดการติดเชื้อได้
3. การติดเชื้ออื่นๆ ได้แก่ การเป็นกามโรคบางชนิด เช่น แผลริมอ่อนเริ่ม ก็จะช่วยให้เชื้อไวรัส เอดส์เข้าสู่ทางบาดแผลได้ง่ายขึ้น
4. ความถี่ของการสัมผัส เช่น การร่วมเพศ หรือการฉีดยาเสพติด โอกาสติดเชื้อไวรัสเอดส์ ย่อมมีมากกว่าผู้ที่ทำเพียงครั้งเดียว
5. ระยะเวลาที่ไปสัมผัสหรือภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกาย ถ้าผู้ไปสัมผัสกับผู้ติดเชื้อร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรงก็จะมีโอกาสติดเชื้อง่าย

ประมาณความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี แยกตามวิธีการรับเชื้อ (ข้อมูลประเทศสหรัฐอเมริกา)

เชื้อเอชไอวีติดต่อกันได้สามวิธีหลัก ๆ คือการมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสสารคัดหลั่งหรือเนื้อเยื่อ และจากมารดาไปสู่ทารกปริกำเนิด นอกจากนี้ยังอาจพบเชื้อได้ในน้ำลาย น้ำตา และปัสสาวะของผู้ติดเชื้อ แต่ยังไม่มียารายงานการติดเชื้อ ความเสี่ยงของการติดเชื้อผ่านการสัมผัสสารคัดหลั่งเหล่านี้ อาจถือได้ว่าไม่มีเพศสัมพันธ์การติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันระหว่างคู่นอนที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีเชื้อเอชไอวี การติดต่อของเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ในโลกเป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศชายและหญิง การให้ถุงยางอนามัยไม่ว่าจะเป็นชนิดสำหรับผู้ชายหรือผู้หญิง เป็นทางเดียวที่สามารถลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวี

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และการตั้งครรภ์ได้ หลักฐานที่น่าเชื่อถือที่สุดในปัจจุบันระบุว่า ฤงยางอนามัยโดยทั่วไปสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิงได้ประมาณ 80% ในระยะยาว โดยประโยชน์ของการใช้ฤงยางอนามัยน่าจะยิ่งมีมากขึ้นหากได้ใช้ฤงยางอนามัยในทุกครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ ฤงยางอนามัยสำหรับเพศชายแบบที่ทำด้วยลาเทกซ์นั้น หากใช้อย่างถูกต้องโดยไม่ใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำมันเป็นส่วนผสมแล้วจะเป็นเทคโนโลยีที่ได้ประสิทธิภาพดีที่สุดในการลดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ ผู้ผลิตแนะนำว่าสารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมันเช่นเจลปิโตรเลียม เนย หรือน้ำมันสัตว์นั้นไม่สามารถใช้กับฤงยางอนามัยที่ทำจากลาเทกซ์ได้เนื่องจากจะทำให้ลาเทกซ์ละลาย ทำให้ฤงยางอนามัยมีรู หากจำเป็นผู้ผลิตแนะนำว่าควรใช้สารหล่อลื่นที่มีส่วนผสมหลักเป็นน้ำจะดีกว่า อย่างไรก็ตาม การใช้สารหล่อลื่นที่มีน้ำมันเป็นส่วนผสมยังสามารถใช้กับฤงยางอนามัยที่ทำจากโพลียูรีเทนได้ การศึกษาแบบ randomized controlled trial หลายอันแสดงให้เห็นว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์แบบชายหญิงได้สูงสุด 60% จึงน่าจะเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยได้รับการแนะนำให้ทำกันมากขึ้นในหลายๆ ประเทศที่ได้รับผลจากเอชไอวี ถึงแม้การแนะนำนั้นจะต้องเจอกับปัญหาประเด็นทางการทำได้จริง วัฒนธรรม และทัศนคติอีกมาก อย่างไรก็ตามโครงการที่กระตุ้นการใช้ฤงยางอนามัยรวมทั้งการแจกฟรีให้กับผู้ที่มีรายได้น้อยนั้นเชื่อว่าจะมีความคุ้มค่าในการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีใน sub-Saharan Africa มากกว่าการใช้ถุงยางอนามัยถึงประมาณ 95 เท่า ผู้เชี่ยวชาญบางคนเกรงว่าความรู้สึกว่ามีความปลอดภัยมากขึ้นที่ได้รับจากการใช้ถุงยางอนามัยเพศอาจทำให้ผู้รับการขลิบมีพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศมากขึ้น ทำให้เป็นการลดผลการป้องกันโรคที่มี อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบ randomized controlled trial ขึ้นหนึ่งทีชี้ให้เห็นว่าการขลิบในชายวัยผู้ใหญ่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การจูบ หรือ การทำ Oral sex ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถทำให้ติดเชื้อ HIV ได้ เพราะในน้ำลายเองก็อาจมีเชื้อไวรัสปนเปื้อนอยู่ได้ แต่เมื่อเทียบกับโอกาสติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์แล้ว การจูบ หรือ การทำ Oral sex ก็นับว่ามีความเสี่ยงต่ำกว่า เพราะ ในน้ำลายเองนั้นมีสารฆ่าเชื้อ และหากไม่มีแผลในปาก เชื้อไวรัสก็ไม่สามารถที่จะผ่านผิวหนังเข้าไปสู่ร่างกายได้ แต่อย่างไรก็ดี ผู้เชี่ยวชาญทางด้านระบาดวิทยา ก็แนะนำให้หลีกเลี่ยง การจูบปากเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (สารานุกรมเสรี, 2555)

การสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่มีเชื้อ

ผู้ปฏิบัติงานทางสาธารณสุขสามารถลดการสัมผัสเชื้อเอชไอวีได้โดยปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง (precaution) เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเลือดที่มีเชื้อ มาตรการระมัดระวังเหล่านี้ เช่น การใช้สิ่งกำบังเช่นถุงมือ หน้ากาก กระจกกันตา เลือกาวน ผ้ากันเปื้อน ซึ่งลดโอกาสที่เชื้อจะสัมผัสผิวหนังหรือเยื่อ การล้างผิวหนังหลายๆ ครั้งและทั่วถึงหลังสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งอื่น ๆ



สามารถลดโอกาสติดเชื้อได้ ที่สำคัญคือวัตถุดิบเช่นเข็ม ใบบิด กระจก จะต้องถูกทิ้งอย่าง ะมัดระวังเพื่อป้องกันอุบัติเหตุถูกเข็มตำ ในบางประเทศที่มีการติดเชื้อผ่านการใช้เข็มฉีดยา ร่วมกันมาก มีการนำวิธีการเช่นโครงการแลกเข็มมาใช้เพื่อลดผลเสียที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติด

การติดต่อจากแม่สู่ลูก

แนวทางปัจจุบันกำหนดไว้ว่าหากสามารถใช้อาหารอื่นทดแทนได้ มารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่ควรให้นมบุตร อย่างไรก็ตามหากไม่สามารถทำได้แนะนำว่าควรให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียว ในช่วงเดือนแรก ๆ และหย่านมให้เร็วที่สุด รวมทั้งการให้นมทารกที่ไม่ใช่บุตรด้วย (สารานุกรม, 2555)

อาการแสดงของโรค

เชื้อเอชไอวีทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ ที่มีชื่อว่า CD4 เมื่อเม็ดเลือดขาว ชนิดนี้ต่ำลง จะทำให้ร่างกายขาดภูมิคุ้มกัน และเกิดอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน ในที่สุด ภายหลังจากได้รับเชื้อ ร่างกายต้องใช้เวลาในการสร้างปฏิกิริยาตอบสนองต่อเชื้อ ในปัจจุบันในการวินิจฉัยว่าติดเชื้อหรือไม่ เราไม่ได้ตรวจหาเชื้อโดยตรง แต่เป็นการตรวจว่าร่างกาย เรามีปฏิกิริยาต่อเชื้อหรือไม่ โดยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody) ซึ่งการ ตรวจดังกล่าวอาจให้ผลลบได้ในกรณีที่ได้รับเชื้อมาใหม่ ๆ เนื่องจากร่างกายยังไม่ได้สร้างปฏิกิริยา ตอบสนอง ภายหลังจากรับเชื้อบางรายอาจไม่มีอาการใด ๆ เลย บางรายอาจมีอาการเหมือนการ ติดเชื้อไวรัสทั่ว ๆ ไป เช่น มีไข้ ผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อาการมักกินเวลาสั้น ๆ และ หายไปได้เอง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะไม่มีอาการใด ๆ เลย เชื้อไวรัสจะส่งผลให้ระดับเม็ดเลือดขาว ที่เรียกว่าซีดีโฟร์ลดลงอย่างช้า ๆ จนผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการของเอชไอวีเกิดขึ้น เช่นฝ้าในปาก ผื่นคัน ตามตัว น้ำหนักลด โดยส่วนใหญ่มักเกิดอาการเมื่อระดับซีดีโฟร์ต่ำกว่า 200 cell/mm³ อัตราเฉลี่ย ของประเทศไทยตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มป่วยใช้เวลา 7-10 ปี ในช่วงที่เรามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย แต่ไม่ป่วยเพราะเรายังมีภูมิคุ้มกันที่ยังควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ เรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อ และเมื่อภูมิคุ้มกันถูกทำลายเหลือจำนวนน้อย จนไม่สามารถควบคุม หรือจัดการกับ เชื้อโรคบางอย่างได้ทำให้เราป่วยด้วยเชื้อโรคนั้น ๆ เรียกว่าเราเริ่มมี ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นผู้ป่วยเอดส์ โรคที่เราป่วยเนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า โรคฉวยโอกาส (สารานุกรมเสรี, 2555) ภายหลังจากติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจะมีอาการแตกต่างกันไป แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

ระยะติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute Retroviral Infection) ระยะนี้โดยเฉลี่ยเกิดขึ้นในราว 1 – 3 สัปดาห์ ภายหลังจากได้รับเชื้อ หรือบางรายอาจพบในช่วงเวลาตั้งแต่ 5 วัน ถึง 3 เดือนภายหลังจาก ได้รับเชื้อ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่ 13 พ.ย. 2555
เลขทะเบียน 249758
เลขเรียกหนังสือ

อาการที่พบส่วนใหญ่คล้ายกับไข้หวัด ผู้ป่วยจะมาด้วยมีไข้ เจ็บคอ ปวดศีรษะ เมื่อยเนื้อตัว และผื่นที่ผิวหนัง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อย นอกจากนี้อาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตเท่ากันทั้งสองข้าง พบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วย อาการเหล่านี้จะปรากฏอยู่นาน 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไป และบางรายอาจมีอาการจนกระทั่งเข้าสู่ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic Phase) โดยเฉพาะกับอาการต่อมน้ำเหลืองโตจะไม่หายไป การตรวจแอนติบอดีจะพบในราว 8-12 สัปดาห์ หลังได้รับเชื้อ ระยะนี้จะตรวจนับ CD₄ อยู่ระหว่าง 500-1000 cells/mm³ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic HIV Disease) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ยกเว้นอาจมีต่อมน้ำเหลืองโต ช่วงเวลาของการเกิดอาการและพัฒนาเป็นเอดส์เต็มขั้นอาจเร็วหรือช้าแตกต่างกัน โดยเฉลี่ยประมาณ 10.8 ปี ในระยะนี้การตรวจนับ CD₄ อยู่ระหว่าง 500-750 cells/mm³ ในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการโดยเฉลี่ย CD₄ จะลดลงประมาณปีละ 40-80 cells/mm³ แต่อย่างไรก็ตามอัตราการลดลงนี้ มีความแตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น การได้รับยาต้านไวรัส และรวมทั้งปริมาณเชื้อที่อยู่ในร่างกาย เป็นต้น (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

1. ระยะแรกที่มีอาการ (Early symptomatic HIV Disease) เมื่อระยะเวลาการติดเชื้อผ่านไป ระดับ CD₄ อยู่ระหว่าง 100 - 500 cells/mm³ และมักจะพบภายหลังการติดเชื้อโดยเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0 - 5 ปี อาการในระยะนี้เป็นแบบเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ และเป็นอาการที่ไม่ถึงกับเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย อาการที่พบได้บ่อย ๆ คือ อาการไข้เรื้อรัง อ่อนเพลีย ซึ่งเป็นผลจากการมีไข้ น้ำหนักลด และเสียน้ำ ทำให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง นอกจากนี้ยังอาจตรวจพบเชื้อราในช่องปาก ทำให้มีอาการเจ็บปาก เจ็บคอ กลืนแล้วเจ็บ รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพโภชนาการ หรือการขาดสารอาหารซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติในภูมิคุ้มกันของร่างกายตามมา

ระยะท้ายของการมีอาการ (Late symptomatic HIV Disease) ระยะนี้คือ ระยะที่เรียกว่า เอดส์เต็มขั้น การตรวจนับ CD₄ จะต่ำกว่า 200 cells/mm³ คือ อยู่ระหว่าง 50 - 200 cells/mm³ จึงทำให้มีอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสสูง ซึ่งอาจติดเชื้อหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกันที่พบได้บ่อย ๆ ถึงร้อยละ 80 ได้แก่ โรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ Pnuemocystis carinii ซึ่งมีไข้หายใจลำบาก และพร่องออกซิเจน และที่พบบ่อยอีกก็คือ การติดเชื้อไซโตเมกกาโลไวรัส (Cytomegalovirus) ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการแสดงของอวัยวะหลายระบบ เช่น ที่ตา ทำให้เกิด Chorioretinitis ทำให้สายตาวลลงจนตาบอดได้ ถ้าใส่แว่นเป็นสาเหตุให้อุจจาระร่วงเรื้อรัง

ปอดอักเสบ และต่อมหมวกไตอักเสบ อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อรา *Candida Albicans* มักพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ ทำให้มีฝ้าขาวในปาก หลอดอาหารอักเสบ ผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 10 จะมีเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium Tuberculosis*) โดยมีการติดเชื้อได้ทั้งในปอดและที่อื่น ๆ เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง และร้อยละ 26 – 42 ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคจะมีเชื้อโรคในกระแสเลือด มักมีใช้สูงกว่า 39.5 องศาเซลเซียส รวมทั้งอาจพบการติดเชื้อวัณโรคที่ระบบประสาทส่วนกลางได้ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

2. นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสเป็นมะเร็งบางชนิดของหลอดเลือดที่เรียกว่า *Karposi's Sarcoma* สูงกว่าคนธรรมดา มะเร็งนี้อาจเกิดที่ผิวหนังบริเวณลำตัว ใบหน้า ศีรษะ แขน ขา เห็นเป็นตุ่มหรือผื่นสีม่วง หรืออาจมีตุ่มน้ำเหลืองภายในช่องปาก อวัยวะภายใน เช่น ทางเดินอาหาร ปอด ตับ ตับอ่อน ต่อมหมวกไต ม้าม เป็นต้น

ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเพียง *Karposi's Sarcoma* มีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น คือ มีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่รอดประมาณ 17 เดือน กลุ่มรองลงมา คือ กลุ่มที่มีการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งมีระยะเวลาเฉลี่ยของการอยู่รอดประมาณ 9 เดือน ส่วนผู้ที่มิทั้ง *Karposi's Sarcoma* และการติดเชื้อ *Pneumocystis carinii* หรือเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ จะมีการพยากรณ์โรคเลวที่สุด คือ มีระยะเวลาของการอยู่รอดประมาณ 6 เดือน (สุรพล สุวรรณกุล และ มัทนา หาญวนิชย์, 2535)

ส่วน *AIDS Dementia Complex (ADC)* เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ร่างกาย แล้วไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ประสาทของเซลล์ชนิดอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า บางคนมีแขนขา อัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก มีอาการทางสมอง พบได้ถึงร้อยละ 40 – 60

ระยะที่โรคลุกลามมาก (*Advance HIV Disease*) เป็นระยะที่มีอาการในระดับปานกลางและเข้าสู่ระยะที่มีการทำลายของภูมิคุ้มกันอย่างมาก ซึ่งมีผลคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ในระยะนี้การตรวจนับ D_4 อยู่ระหว่าง 0 – 50 cells/mm³ ระยะเวลาโดยเฉลี่ยคือ 1 – 2 ปี เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้มากที่สุดจากการที่มีการติดเชื้อฉวยโอกาส ระยะนี้ตรวจพบผู้ป่วยมีระดับแอลบูมินในเลือดและโคเลสเตอรอลต่ำ กลอบบูมินในเลือดสูง มีการกดการทำหน้าที่ของไขกระดูกจากการใช้ยา ทำให้โลหิตจางและเม็ดเลือดขาวต่ำ เกร็ดเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการชืดและอ่อนเพลีย และอาจพบอาการเลือดออกง่าย หรือพบอาการจำเลือดตามตัวได้ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

ระบบการแบ่งระยะ (staging) โรคเอดส์ขององค์การอนามัยโลก

ในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ได้จัดกลุ่มภาวะและการติดเชื้อเหล่านี้ไว้ด้วยกันโดยเสนอระบบการแบ่งระยะโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี-1 ต่อมาจึงได้รับการปรับปรุงแก้ไขในเดือนกันยายน ค.ศ. 2005 ภาวะส่วนใหญ่ที่ระบุไว้นี้เป็นการติดเชื้อฉวยโอกาสที่มักจะรักษาได้ง่ายในคนปกติ

ระยะที่ 1: การติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีอาการ ไม่จัดเป็นโรคเอดส์

ระยะที่ 2: มีการแสดงอาการทางเยื่อเมือก และการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เป็นซ้ำ (recurrent)

ระยะที่ 3: นับรวมเอาอาการท้องเสียเรื้อรังนานกว่าหนึ่งเดือนที่ไม่มีคำอธิบาย การติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง และวัณโรคปอด

ระยะที่ 4: นับรวมเอาการติดเชื้อทอกโซพลาสมาในสมอง การติดเชื้อราแคนดิดาในหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด และเนื้องอกคาโปซี โรคเหล่านี้บ่งชี้ถึงเอดส์ (สารานุกรมเสรี, 2555)

การแบ่งระยะต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการพัฒนาของโรคแต่ในความเป็นจริงของการเกิดโรคอาจไม่ได้พัฒนาตามระยะต่าง ๆ ที่ได้แบ่งไว้ตามขั้นตอนดังกล่าวทุกคนไป บางคนอาจไม่แสดงระยะที่ 1 – 2 – 3 เลย แต่แสดงอาการระยะเอดส์เต็มขั้นที่เดียวเลยก็ได้

ระยะต่าง ๆ ของการดำเนินโรคหากจะแบ่งตามลักษณะทางคลินิกตามที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกาประกาศใช้เมื่อ 1 มกราคม 2536 มีดังนี้ คือ ใช้ลักษณะทางคลินิกแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเอ กลุ่มบี กลุ่มซี

กลุ่มเอ (Asymptomatic HIV) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ (ปราโมทย์ ชีรพงษ์, 2546)

1. มีการติดเชื้อ เอช ไอ วี แต่ยังไม่มีอาการ
2. มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว (Persistent Generalized Lymphadenopathy)
3. มีการติดเชื้อ เอช ไอ วี แบบเฉียบพลัน (Acute Retroviral Syndrome) หรือ Acute Mononucleosis like Syndrome คือ มีอาการไข้ มีผื่นตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นต้น ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด $CD_4 > 500 \text{ cells/mm}^3$

กลุ่มบี (Symptomatic HIV) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึ่งการตรวจนับเม็ดเลือด D_4 อยู่ระหว่าง $200 - 499 \text{ cells/mm}^3$ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี และมีภาวะโรค อย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

อาการหรือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่องภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรค ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อโรคเอดส์ หรือต้องการการรักษาตัวอย่างของภาวะดังกล่าว ได้แก่

1. เนื้องอก ที่ประกอบด้วยหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (Bacillary Angiomatosis)

2. ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา

3. โรคติดเชื้อราแคนดิดาที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

4. มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical Dysplasia)

5. ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน

6. ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy Leukoplakia)

7. งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 พื้นที่ของผิวหนัง

8. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura

9. Listeriosis

10. อัมพาตครึ่งซีก โดยเฉพาอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อน้ำไขหรือรังไข่

11. เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy)

หมายเหตุ ถ้าลักษณะผู้ป่วยสามารถถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเอหรือกลุ่มบีก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่มบี

กลุ่มซี (Full Blown) ระยะเวลาการตรวจนับเม็ดเลือด CD4 ต่ำกว่า 200 cells/mm³ เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่าง ๆ ที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ดังต่อไปนี้

1. โรคเชื้อราแคนดิดาที่หลอดลม หรือเนื้องอก หรือที่หลอดอาหาร

2. โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่น ที่ระบบสมอง และไขสันหลังหรือแพร่กระจายทั่วตัว

3. โรคติดเชื้อรา Histoplasma นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

4. โรคติดเชื้อรา Coccidioidomycosis นอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

5. Cryptosporidiosis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

6. Isosporiasis เรื้อรังของลำไส้ นานกว่า 1 เดือน

7. ปอดอักเสบจากเชื้อ Pnuemocystic carinii

8. โรคติดเชื้อโปรโตซัว Toxoplasmosis ของเนื้อสมอง



9. ความผิดปกติของสมองจากเชื้อโรคเอดส์ (HIV encephalopathy)
10. กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อโรคเอดส์ (HIV wasting syndrome)
11. โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus ที่เกิดที่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ที่จอตา ทำให้ตาบอด ยกเว้น การติดเชื้อที่ตับ ม้าม และต่อมน้ำเหลือง
12. โรคติดเชื้อ Herpes simplex ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน หลอดลมอักเสบ หรือหลอดอาหารอักเสบ
13. ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ
14. Septicemia จากเชื้อ Salmonella ที่กลับเป็นซ้ำ
15. Progressive Multifocus Leukoencephalopathy
16. วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด
17. โรคติดเชื้อ Mycobacterium Avium Complex หรือ Mycobacterium Kansasii หรือ Mycobacterium spp. ที่เกิดนอกปอดหรือชนิดแพร่กระจาย
18. มะเร็งหลอดเลือดและผิวหนัง (Kaposi's Sarcoma)
19. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) ชนิด
 - 19.1 Burkitt's tumor
 - 19.2 Immunoblastic
 - 19.3 ปฐมภูมิที่สมอง
 - 19.4 มะเร็งปากมดลูกชนิด Invasive

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยถูกจัดในกลุ่มซีแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคเอดส์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำได้โดยดูว่าผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ตามที่กำหนดหรือไม่ ตั้งแต่ 5 มิถุนายน ค.ศ.1981 มีการให้คำนิยามของเอดส์หลายคำนิยาม ใช้เพื่อจัดตั้งการเฝ้าระวังทางวิทยาการระบาดอย่างคำนิยาม Bangui (Bangui definition) และ คำนิยามกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์โดยองค์การอนามัยโลก ฉบับเพิ่มเติมปี ค.ศ.1994 (1994 expanded World Health Organization AIDS case definition) อย่างไรก็ตามก็ตีเป้าหมายของระบบเหล่านี้ไม่ใช่เพื่อการแบ่งแยกระดับทางคลินิกของผู้ป่วยเอดส์ และก็ไม่มีควมไว (sensitive) หรือความจำเพาะ (specific) แต่อย่างใดด้วย สำหรับในประเทศไทยกำลังพัฒนานั้นองค์การอนามัยโลกได้สร้างระบบ แบ่งระดับผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามอาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนในประเทศไทย พัฒนาแล้วจะใช้ระบบจำแนกประเภทของศูนย์ควบคุมโรค (Centers for Disease Control - CDC) (สารานุกรม, 2555)

การตรวจเอชไอวี

ผู้ป่วยจำนวนมากไม่รู้ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ชาวเมืองในแอฟริกาที่มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า 1% เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจเอชไอวี และยิ่งน้อยกว่านี้ในชนบท นอกจากนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เพียง 0.5% เท่านั้นที่ได้รับการให้คำแนะนำ ตรวจ และรับผลตรวจ และยังมีสัดส่วนน้อยกว่านี้ในชนบทอีกเช่นกัน ดังนั้นเลือดและสว่นประกอบของเลือดรับบริจาคที่ใช้ในการแพทย์และงานวิจัยทางการแพทย์จึงต้องได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี

การตรวจเอชไอวีส่วนมากใช้ตรวจกับเลือดจากหลอดเลือดดำ ห้องตรวจทางปฏิบัติการหลายแห่งใช้วิธีการตรวจคัดกรองเอชไอวี "รุ่นที่สี่" ซึ่งตรวจหาแอนติบอดีต่อเอชไอวี (แอนติ-เอชไอวี-anti-HIV) ทั้งที่เป็น IgG และ IgM และแอนติเจนเอชไอวี p24 การตรวจพบแอนติบอดีหรือแอนติเจนต่อเอชไอวีในผู้ป่วยที่ทราบอยู่เดิมว่าผลเป็นลบนั้นถือเป็นหลักฐานของการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับคนที่เพิ่งตรวจครั้งแรกตรวจพบหลักฐานของการติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะได้รับการตรวจซ้ำในตัวอย่างเลือดที่สองเพื่อยืนยันผลการตรวจ

ระยะแฝง (window period) ซึ่งเป็นช่วงเวลาระหว่างการได้รับเชื้อจนถึงการมีแอนติบอดีมากพอที่จะตรวจพบ อาจแตกต่างกันได้ในแต่ละคนตั้งแต่ 3-6 เดือน ทั้งนี้สามารถตรวจพบไวรัสได้ในระยะแฝงโดยใช้วิธีตรวจด้วยปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรส มีหลักฐานยืนยันว่าสามารถตรวจพบได้ก่อนที่จะตรวจพบด้วยการตรวจคัดกรอง EIA รุ่นที่สี่

ผลบวกจากการตรวจด้วยปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรสจะได้รับการยืนยันอีกครั้งด้วยการตรวจหาแอนติบอดี การตรวจเอชไอวีที่ทำเป็นประจำในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 2 ปี) ที่มารดามีผลบวกเอชไอวีนั้นไม่เกิดประโยชน์ เนื่องจากแอนติบอดีของแม่สามารถคงอยู่ในเลือดของเด็กได้ ดังนั้นในเด็กจึงต้องวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่พอลิเมอเรสต่อโปรไวรัสตีเอ็นเอในลิมโฟซัยต์ของเด็ก (สารานุกรม, 2555)

การรักษาโรคเอดส์

แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่สำคัญในปัจจุบัน

ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีใช้ทั่วไป และไม่มีวิธีการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ให้หายขาด วิธีป้องกันโรคอย่างเดียวที่มีใช้คือการใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงการได้รับเชื้อไวรัส หรือถ้าได้รับมาแล้วก็ต้องใช้ยาต้านไวรัสทันทีหลังจากการได้รับเชื้อ หรือ post-exposure prophylaxis (การป้องกันโรคหลังการสัมผัส - PEP) การป้องกันโรคหลังการสัมผัสนี้ต้องให้ยาติดต่อกันสี่สัปดาห์โดยมีตารางเคร่งครัด และมีผลข้างเคียงเช่น ท้องเสีย ความรู้สึกไม่สบาย คลื่นไส้ และ อ่อนเพลีย

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถชะลอการดำเนินโรคได้ แต่ยังไม่มียาต้านไวรัสที่สามารถลดอัตราการตายและภาวะทุพพลภาพได้ดี แต่ยาเหล่านี้ยังมีราคาแพง ผู้ป่วยในบางประเทศยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ องค์การสุขภาพต่างๆ เล็งเห็นว่าการรักษาเอดส์ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก จึงให้ความสำคัญกับการควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ด้วยการรณรงค์การป้องกันการติดเชื้อผ่านการสนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและการแลกเปลี่ยนเข็มที่ใช้แล้ว เพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส (สารานุกรมเสรี, 2555)

ยาด้านไวรัส

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ทำได้โดยการให้ยาด้านไวรัสด้วยวิธี highly active antiretroviral therapy หรือ HAART ซึ่งวิธีการรักษาแบบ HAART ที่ใช้ยา protease inhibitor ได้ใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 และได้ผลดีมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี สูตรยาด้านไวรัสแบบ HAART ที่ดีที่สุดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้เป็นการผสมยาด้านไวรัสอย่างน้อยสามชนิดในกลุ่มยาด้านไวรัสอย่างน้อยสองกลุ่ม สูตรที่ใช้ทั่วไปประกอบด้วยยาในกลุ่ม nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitor (NRTI หรือ NARTI) สองตัว ร่วมกับยาในกลุ่ม protease inhibitor หรือ non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กดำเนินไปอย่างรวดเร็วกว่าในผู้ใหญ่ และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่างก็ไม่สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ความเสี่ยงของการดำเนินโรคได้ในเด็ก โดยเฉพาะเด็กเล็ก การรักษาที่แนะนำสำหรับเด็กจึงเป็นสูตรยาที่แรงกว่าในผู้ใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีการใช้สูตรยา HAART นั้น แพทย์จะเป็นผู้สังตรวจระดับ viral load, ความรวดเร็วในการลดจำนวนลงของเซลล์ CD4 และความพร้อมของผู้ป่วยในการเลือกการรักษา ก่อนที่จะเริ่มการรักษา

เป้าหมายทั่วไปของการรักษาโดยสูตรยา HAART คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนไวรัสเอชไอวี ในกระแสเลือดให้อยู่ต่ำกว่าระดับที่ตรวจวัดได้ แต่ทั้งนี้ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อหยุดยาแล้วเชื้อเอชไอวีก็สามารถเพิ่มจำนวนกลับมาก่อโรคได้ และเชื้อที่เพิ่มจำนวนขึ้นมานี้มักคือต่อยาด้านไวรัส ทั้งนี้เวลาที่ต้องใช้ในการกำจัดไวรัสให้หมดไปจากร่างกายด้วยการใช้ยาด้านไวรัสนั้นก็นานกว่าอายุขัยของคนปกติ อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลายคนรู้สึกได้ถึงสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งนำไปสู่การลดลงของอัตราการตายและอัตราการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในขณะที่หากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัส ผู้ป่วยจะมีการดำเนินโรคจากการติดเชื้อเอชไอวีไปยังการเป็นเอดส์ด้วยมัธยฐานระหว่าง 9-10 ปี และ median survival time หลังจากดำเนินเป็นโรคเอดส์แล้วที่ 9.2 เดือน เชื่อกันว่าการรักษาด้วยยาด้านไวรัสสูตร HAART ทำให้เพิ่มอายุขัยได้ระหว่าง 4-12 ปี



สำหรับผู้ป่วยกว่าครึ่งการใช้สูตรยา HAART นั้นได้ผลไม่เต็มที่ เนื่องจากผู้ป่วยทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบไม่เต็มที่มาก่อน หรือติดเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่ดื้อต่อยาต้านไวรัส สาเหตุส่วนใหญ่ของการที่ผู้ป่วยได้ผลจากยาไม่เต็มที่ส่วนใหญ่มาจากการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอ สาเหตุของการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอนั้นมีหลายอย่าง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตสังคมรวมถึงการขาดโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาล การไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โรคทางจิตเวช และการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง สูตรยา HAART นั้นบางครั้งซับซ้อนและใช้ยาก ลืมง่าย เนื่องจากมียาจำนวนมากที่ต้องกินบ่อยครั้ง ผลข้างเคียงของยาก็สามารถทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง ผลข้างเคียงเหล่านี้เช่น lipodystrophy (ไขมันเจริญผิดปกติ), dyslipidemia (ไขมันในเลือดสูง), ท้องเสีย, ภาวะดื้ออินซูลิน, เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางหัวใจและหลอดเลือดและความผิดปกติแต่กำเนิด^[53] นอกจากนี้ยาต้านไวรัสยังมีราคาแพง และผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่บนโลกยังไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอีกด้วย (สารานุกรมเสรี, 2555)

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยการออกฤทธิ์ที่ขั้นตอนต่าง ๆ ของวงจรชีวิตไวรัสเอชไอวี ได้แก่ Zidovudine (AZT) Zalcitabine (ddC) Didanosine (ddl) Lamivudine (3TC) เพื่อชะลออาการโรคเอดส์ออกไป ซึ่งมีอาการข้างเคียงมาก ได้แก่ โลหิตจาง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ท้องเสีย ตับอ่อนอักเสบ ต่อมาพบว่า เชื้อไวรัสเอชไอวีมีการดื้อต่อยาในกลุ่มนี้มากขึ้น จึงได้มีการนำยากกลุ่มใหม่มาใช้ คือ กลุ่ม Protease Inhibitor ซึ่งออกฤทธิ์ขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ HIV Protease ป้องกันไม่ให้เกิดการสร้างโปรตีน และกลายโคโปีตีนที่มาประกอบเป็นเปลือกนอกของเชื้อไวรัสเอชไอวี ดังนั้นไวรัสตัวใหม่ที่เกิดจากการแบ่งตัวจึงเป็นไวรัสที่ยังไม่เจริญเต็มที่ และไม่สามารถทำให้ติดเชื้อได้ ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ Saquinavir (Invirase) Ritonavir (Norvir) Indinavir (Crixivan) (เบญจวรรณ สายพันธ์, 2540)

การรักษาเมื่ออยู่สองแนวทาง ที่ต้องให้การดูแลควบคู่กันไปคือ

1. การป้องกันและรักษาโรคฉวยโอกาส ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส (ที่สำคัญคือ หลายโรคป้องกันได้ และทุกโรครักษาได้)
2. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อลดปริมาณไวรัสในเลือดให้น้อยที่สุดและควบคุมปริมาณไวรัสให้อยู่ในระดับต่ำนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งจะส่งผลให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้น ลดโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคฉวยโอกาส (สารานุกรมเสรี, 2555)

พยากรณ์โรค

หากไม่ได้รับการรักษาแล้วผู้ป่วยจะมี median survival time หลังติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ที่ประมาณ 9-11 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อเอชไอวีที่ได้รับ และ median survival rate หลังจากได้รับ

การวินิจฉัยโรคเอดส์ในพื้นที่ที่ไม่มียารักษาอยู่ระหว่าง 6-19 เดือน ตามแต่ละการศึกษาวิจัย ในพื้นที่ที่มาการรักษาเข้าถึงได้ทั่วไปนั้นการใช้ยาต้านไวรัสแบบ HAART เป็นการรักษาการติดเชื้อ เอชไอวี และเอดส์ที่ได้ผลและลดอัตราการตายจากโรคลงได้ 80% เพิ่มอายุขัยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้เป็นประมาณ 20 ปี ในขณะที่ยังมีการวิจัยหาวิธีการรักษาใหม่ ๆ และเชื้อเอชไอวียังมีการพัฒนา ตัวเองอยู่เรื่อย ๆ ให้ดี้อย่างยิ่ง ประมาณการอายุขัยของผู้ป่วยยังต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายในหนึ่งปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เสียชีวิต จากการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือมะเร็งที่พบร่วมกับการสูญเสียการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน^[57] อัตราการดำเนินโรคนั้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคนและมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายอย่างตั้งแต่ พื้นฐาน susceptibility และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย การดูแลสุขภาพ และการติดเชื้อร่วม รวมถึงว่าชนิดของไวรัสที่ได้รับ

แม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสก็ตาม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีอาการทางระบบ ประสาท ภาวะกระดูกพรุน neuropathy มะเร็ง โรคไต และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ยังไม่มีการยืนยันชัดเจนว่าภาวะเหล่านี้เกิดมาจากการติดเชื้อ เกิดจากภาวะแทรกซ้อน หรือเป็น ผลข้างเคียงของการรักษา สาเหตุของภาวะ

การปฏิบัติตนเมื่อติดเชื้อเอดส์

ข้อควรปฏิบัติในชีวิตประจำวันมีดังนี้ (www.baanjommyut.com)

1. คบหาสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องหลบซ่อนหรืออยู่คนเดียว การพูดคุย และเนื้อต้องตัวกันตามปกติธรรมดา ไม่สามารถทำให้ผู้อื่นติดโรคจากท่านได้ และโรคนี้ไม่ติดต่อ ทางลมหายใจ
2. ควรระมัดระวังน้ำหลังต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น น้ำมูก น้ำลาย น้ำเหลืองจากแผล บั๊สสาวะและสิ่งขับถ่ายต่าง ๆ มิให้กระเด็นหรือเปื้อนผู้อื่น เพราะสิ่งเหล่านี้อาจมีเชื้อเอดส์ ปะปนได้ การบ้วนน้ำลายหรือเสมหะควรมีภาชนะรองรับที่สามารถนำไปทิ้ง หรือทำความสะอาด ได้สะดวก
3. เมื่อร่างกายเปื้อน เลือด น้ำเหลือง อาเจียน บั๊สสาวะ หรือสิ่งขับถ่ายอื่น ๆ ให้รีบทำความสะอาด และเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เสื้อผ้าที่ใช้แล้วควรนำไปซักให้สะอาด และตาก ให้แห้งก่อนนำไปใช้ต่อไป
4. สามารถใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังอย่าให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ เสมหะ อาเจียน เปื้อนพื้น โถส้วม อ่างล้างมือ ควรจะล้างด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างห้องน้ำ (ที่มีส่วนผสมของคลอรีน) เป็นประจำทุกวันและล้างมือทุกครั้งหลังเข้าห้องน้ำ
5. ถ้วย ชาม แก้วน้ำ ควรล้างให้สะอาดแล้วทิ้งไว้จนแห้งก่อนนำไปใช้

6. ไม่ใช่ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ แปรงสีฟัน
7. ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และควรงดการร่วมเพศทางปากหรือทวารหนัก
8. งดการบริจาคโลหิตหรืออวัยวะต่าง ๆ เช่น ดวงตา ไต
9. หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ เพราะเด็กมีโอกาสที่จะรับเชื้อจากแม่ได้ประมาณ 30 – 50%
10. ไม่ควรไปเยี่ยมผู้ป่วยหรือเข้าใกล้ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพราะภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายต่ำกว่าคนอื่น ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย
11. ไม่ควรดูแลสัตว์เลี้ยงหรือทำความสะอาดกรงสัตว์ เพราะอาจติดเชื้อโรคจากสัตว์เหล่านี้ได้
12. ผู้ที่ติดยาเสพติดควรเลิก ถ้าไม่สามารถเลิกได้จริง ๆ หรืออยู่ในระหว่างการรักษาติดยาเสพติด อาจเปลี่ยนจากวิธีฉีดเป็นการสูบหรือกินแทน หากจำเป็นต้องใช้เข็มฉีดยา ไม่ควรใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นโดยเด็ดขาด
13. ควรติดต่อกับแพทย์ผู้ดูแลใกล้ชิดเป็นประจำ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่เกิดตามหลังและเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี อาการแสดงที่พบบ่อยที่สุดของโรคเอดส์ ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งอาจจะติดเชื้อหลายชนิดได้ในเวลาเดียวกัน ที่พบบ่อย ๆ ถึงร้อยละ 80 ได้แก่โรคปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ซึ่งมักมีไข้ หายใจลำบากและพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ในการตรวจด้วยเอกซเรย์ อาจพบว่าปกติ หรือมี interstitial infiltrate การวินิจฉัยโรคอาจใช้การเพาะเชื้อ เสมหะ ส่งกล้องตรวจหลอดลม (bronchoscopy) หรือตัดชิ้นเนื้อหลอดลมไปตรวจ และที่พบบ่อยอีกก็คือการติดเชื้อไซโตเมกะโลไวรัส (Cytomegalovirus) ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการแสดงของอวัยวะหลายระบบ เช่น ที่ตา ทำให้เป็น chorioretinitis ทำให้สายตาวาดลงจนตาบอดได้ ถ้าใส่แว่นเป็นสาเหตุให้อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปอดอักเสบ (pneumonitis) และต่อมหมวกไตอักเสบ (adrenitis) อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทส่วนกลาง การติดเชื้อรา *Candida albicans* มักพบบ่อยมากในผู้ป่วยโรคเอดส์ มักทำให้มีฝ้าขาวในปาก หลอดอาหารอักเสบ ผู้ป่วยโรคเอดส์ประมาณร้อยละ 10 จะมีการติดเชื้อวัณโรค (*Mycobacterium tuberculosis*) โดยมีการติดเชื้อได้ทั้งในปอดและที่อื่น ๆ เช่น วัณโรคต่อมน้ำเหลือง และร้อยละ 26-42 ของผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคมีเชื้อในกระแสเลือด มักมีไข้สูงกว่า 39.5 องศาเซลเซียส alkaline phosphatase หรือ lactic dehydrogenase (LDH) สูง รวมทั้งอาจพบการติดเชื้อวัณโรคที่ระบบประสาทส่วนกลาง (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

การติดเชื้อ Cryptococcus neoformans พบได้ประมาณร้อยละ 10 อาจทำให้เป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือการติดเชื้อในปอด ส่วนการติดเชื้อ Toxoplasma gondii มีอาการเช่นเดียวกับโรคสมองอักเสบหรือเป็นก้อนในสมอง การติดเชื้อเริม (Herpes simplex) ในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC) อาจมีอาการแสดงเช่นเดียวกับโรคเยื่อหุ้มสมองอย่างรุนแรงรวมทั้งรอบ ๆ ทวารหนักและหลอดอาหารส่วนเชื้องูสวัด (Herpes zoster) อาจมีการติดเชื้อได้มากกว่า 1 บริเวณผิวหนังที่เลี้ยงด้วยเส้นประสาทไขสันหลังส่วนเดียวกัน (Dermatomes)

อาการอุจจาระร่วงเรื้อรังพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าเซลล์ในระบบทางเดินอาหารที่มี receptor ต่อเชื้อเฮชไอวี คือ entero-chromaffin cell ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เรียกว่า HIV – related enteropathy คือมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรังโดยไม่มีสาเหตุการติดเชื้ออื่น ๆ และอาจมีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหารประเภทไขมัน ทำให้น้ำหนักตัวลดลง นอกจากนี้คำว่า AIDS gastropathy คือผู้ป่วยที่มี parietal cell ลดลงซึ่งทำให้มีการหลั่งกรดเกลือ น้อยลง (hypochlohydria) และมีอัตราการพบเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียในกระเพาะอาหารมากขึ้นด้วย เชื้อเฮชไอวีอาจทำให้เกิดแผลที่หลอดอาหารได้ ทำให้มีอาการเจ็บและกลืนลำบาก ซึ่งแยกยากจากการติดเชื้อราที่กระเพาะอาหาร (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

การติดเชื้อแบคทีเรีย โดยเฉพาะแบคทีเรียที่มีแคปซูลพบได้บ่อย เช่น การติดเชื้อ Salmonella , heamophilus influenza, Streptococcus pneumonia การติดเชื้อที่อาจพบได้อีก เช่น Coccidioidomycosis, Aspergillosis, Histoplasmosis และ Norcardiosis เป็นต้น ผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex : ARC) หมายถึงผู้ถูกตรวจพบการติดเชื้อเอดส์ และเริ่มมีอาการผิดปกติบางอย่างแต่ยังไม่เป็นเอดส์เต็มขั้น โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546)

มีไข้สูงกว่า 37.8 องศาเซลเซียส เป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน

1. อุจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง
2. น้ำหนักตัวลดเกิน 10% ของน้ำหนักตัวเดิม
3. มีต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบมากกว่า 1 แห่งขึ้นไป
4. มีเหงื่อออกมากผิดปกติในเวลากลางคืน
5. มีปื้นขาวในปาก (Oral hairy leukoplakia)
6. ติดเชื้อราในปาก
7. ติดเชื้องูสวัด

การจัดการรักษาและพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือการรักษาสุขภาพของบุคคลนั้นไว้ การให้สูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สิ่งเหล่านี้ต้องการการติดตามอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่เฉพาะและความเข้าใจในผลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้รับบริการจะต้องเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต

การวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การจัดการรักษาและพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือการรักษาสุขภาพของบุคคลนั้นไว้ การให้สูตรยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สิ่งเหล่านี้ต้องการการติดตามอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่เฉพาะและความเข้าใจในผลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงนี้ ผู้รับบริการจะต้องเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิต การวางแผนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะต้องทำการประเมินผู้ป่วยและทราบค่าผลการตรวจเลือดของผู้ป่วย ไม่เพียงแต่การประเมินในการเริ่มต้นเท่านั้น แต่เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการติดตาม โดยจะทำให้ทราบความก้าวหน้าของโรค ช่วยในการวางแผนทางการรักษา พิจารณาความมีประสิทธิภาพของการรักษา การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC : Complete Blood Count) เพื่อให้ทราบภาวะซีด ภาวะจำนวนเม็ดเลือดแดงประเภทต่าง ๆ ต่ำ รวมทั้งมีปริมาณเม็ดเลือดขาวต่ำด้วย (thrombocytopenia leucopenia) และภาวะติดเชื้อ การตรวจทางเคมีและระบบปัสสาวะ จะบอกถึงภาวะของไต ตับ การเผาผลาญ หรือโรคทางโภชนาการ โดยการตรวจทั้งสองอย่างนี้ควรทำทุก 6-12 เดือน เพื่อช่วยพิจารณาความเป็นไปของโรคและการรักษา

แนวคิดการกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

ในระบบบริการสุขภาพ พยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริหารสุขภาพสู่ความสำเร็จ และบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายของการดำเนินงานสำหรับระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์มีเป้าหมายสำคัญ คือการพัฒนาาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and Continuum Care) จากสถานบริการสุขภาพถึงบ้าน และชุมชน ทุกระยะของการดำเนินไปของโรค และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและชุมชน (Home and Community Based Care) รวมทั้งมีระบบการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Quality improvement) (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, กรมควบคุมโรค, 2547, หน้า 2) ด้วยเหตุนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจะต้องเข้าใจสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโรค เพื่อให้ระบบบริการดูแลครอบคลุมสภาพปัญหา และเกิด

ความต่อเนื่องในการดูแลตามสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเข้าใจในบทบาทของตนในการปฏิบัติงานดังกล่าว เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทได้ถูกต้องและสะท้อนคุณค่าของงานการพยาบาล

การกำหนดบทบาทหน้าที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทและความเข้าใจในบทบาทของผู้ดำรงตำแหน่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้บทบาทและความสามารถในบทบาทว่าจะปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้ดีเพียงใด สมรรถนะหรือความสามารถเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถกระทำบทบาทตามที่ได้รับคาดการณ์ไว้ ซึ่งทักษะพื้นฐานในการแสดงความสามารถในการทำงานส่วนหนึ่งมาจากความรู้ ประสบการณ์ เจตคติ และแรงจูงใจของบุคคล นั่นคือการทำหน้าที่บุคคลจะสามารถผสมผสานการปฏิบัติตามบทบาทได้ดีเพียงใด สิ่งสำคัญคือการรับรู้ต่อบทบาทและความสามารถของบุคคลในการผสมผสานการปฏิบัติบทบาทตามบทบาทที่รับรู้

ในระบบสุขภาพไทย พยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในทีมสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศมีการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจความกระจ่างชัดในขอบเขตการบริการพยาบาลและบทบาทของพยาบาลเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

หน้าที่รับผิดชอบหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์

หน้าที่หน้าที่รับผิดชอบหลัก (Accountability) เป็นแบบบรรยายลักษณะงานแบบย่อที่ระบุลักษณะงานโดยสังเขป เน้นการมุ่งผลสัมฤทธิ์ประจำตำแหน่ง ที่ระบุบทบาทและรายละเอียดหน้าที่รับผิดชอบหลักวัตถุประสงค์ของแต่ละภาระหน้าที่ ขอบเขตผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์ของงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องทำให้สำเร็จ จึงจะสามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ของตำแหน่งงานในระดับที่ได้มาตรฐาน (หมายเหตุ ก.พ.,2547) ด้วยเหตุนี้พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภารกิจหลักในการให้บริการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่ครอบคลุมการบริการทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การดูแลผู้ติดเชื้อในระยะต่าง ๆ การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้ายและภายหลังเสียชีวิต

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ความหมายการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem ,1991 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536, หน้า 22-23) แต่กิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ เช่น การรตน้ำมนต์ การใช้ยาสมุนไพรหรือยาพื้นบ้านบางชนิด เรียกการดูแลตนเองที่ก่อให้เกิดอันตรายนี้ว่าเป็น "Non-therapeutic" ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็น "Therapeutic" ต่อเมื่อมีผลทำให้บุคคล

1. รักษาไว้ซึ่งสุขภาพหน้าที่ที่เป็นปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต และกระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรคและการบาดเจ็บ
4. ป้องกันหรือชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพ
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

แกนท์ (Gantz, 1999 อ้างอิงใน พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539) ได้ให้คำจำกัดความการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การวินิจฉัยโรค การใช้ยาและการรักษาโรคด้วยตนเอง และ 4) การมีส่วนร่วมกับการบริการทางวิชาชีพ

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาและถ่ายทอดความรู้ทางสังคมตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษาและการประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแลตนเองจะแตกต่างกันตามวัฒนธรรมความเชื่อและทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

จากความหมายของการดูแลตนเองที่กล่าวมานี้พอสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นการกระทำเพื่อการรักษาไว้ซึ่งชีวิต นอกจากนี้ยังคงมีความเชื่อและการปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมในสังคมที่สืบทอดกันมายาวนาน เช่น

การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อในแต่ละท้องถิ่นหรือชุมชน การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้าน การนวด การประคบ เป็นต้น

ในการศึกษานี้ใช้ความหมายการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991)

แนวคิดและทฤษฎี

การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) นั้น มีลักษณะที่สำคัญสามารถนำมาพิจารณาเพื่อใช้ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สรุปได้ดังนี้

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่จงใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and goal oriented) เป็นกระบวนการกระทำด้วยความตั้งใจหรือเจตนาที่จะให้บรรลุผลตามต้องการ เพื่อควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ 1) ระยะพิจารณาและตัดสินใจ เป็นการประเมินพิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะเปลี่ยนแปลงอย่างไร รวมทั้งการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยเน้นไปที่ตัวบุคคลในภาวะปกติสุข (wellness oriented) มากกว่าจะเน้นการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วย (disease oriented) 2) ระยะของการกระทำ เป็นการกระทำ การดูแลตนเอง และการประเมินผลการกระทำดังกล่าว โดยมีพฤติกรรมหรือเป้าหมายในการดูแลตนเอง 3 ลักษณะด้วยกันคือ

1. การดูแลตนเองตามความจำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของบุคคล ความสมบูรณ์ของโครงสร้างหน้าที่ การทำงานของบุคคล และระดับประคองให้ดำเนินชีวิตไปอย่างปกติสุข ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย ได้แก่ การดูแลตนเองเกี่ยวกับอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การส่งเสริมพัฒนาการ

2. การดูแลตนเองตามความจำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการชีวิตของมนุษย์ ในระยะต่าง ๆ อันเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ระยะต่าง ๆ ตลอดจนวงจรชีวิต เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ การตั้งครรรภ์ การคลอด หรือการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิดที่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของบุคคล

3. การดูแลตนเองตามความจำเป็นตามความจำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความพิการ หรือได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ได้แก่ การแสวงหาความรู้ที่เหมาะสม การปฏิบัติ

เพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ การให้ความสนใจรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเอง การปรับ
 อุดมโนทัศน์และการเรียนรู้ที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพเหล่านี้ มีเป้าหมายในการพิจารณาและ
 กำหนดทางเลือกไปสู่เป้าหมายนั้น ๆ ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรือในช่วงเวลาหนึ่ง บุคคลอาจจะมี
 ความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นหลายด้าน ในขณะที่เดียวกันจึงต้องอาศัยกิจกรรม
 หลายอย่างเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเหล่านั้น ซึ่งโอเร็ม (Orem,
 1991) เรียกว่า Therapeutic self-care Demand (TSCD) หรือความต้องการการดูแลตนเอง
 ทั้งหมด ซึ่งหมายถึงกิจกรรมทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายคือ การดูแลตนเอง
 ตามความจำเป็นทั้งหมดของบุคคลภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ตลอดจนสถานการณ์ที่ประสบอยู่เป็น
 กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ

การดูแลตนเองมีแนวคิดที่สำคัญที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือแนวคิดของ โอเร็ม ซึ่งเขียน
 เป็นทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มโนมติหลักทั้งหมดที่กล่าวถึงในทฤษฎีการดูแลตนเอง
 ของโอเร็ม ประกอบกันเป็นทฤษฎีสำคัญ 3 ทฤษฎีย่อย คือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory
 of Self-Care) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care Deficit) และ
 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2544)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีนี้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้าน
 พัฒนาการ และการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง ในที่นี้จะอธิบายความหมายของมโน
 มติสำคัญเพื่อการทำความเข้าใจในทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้แก่ มโนมติเกี่ยวกับ ปัจจัยเงื่อนไข
 พื้นฐาน การดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด
 ดังนี้

1.1 ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มี
 อิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ
 พัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนิน
 ชีวิต

1.2 การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำเอง
 ด้วยความตั้งใจตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างหน้าที่ในการดำรงไว้และฟื้นฟูรักษาไว้ซึ่ง
 สุขภาพ สวัสดิภาพ และความผาสุกในชีวิต

1.3 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หมายถึง คุณสมบัติที่
 สลับซับซ้อนของบุคคลที่มีวุฒิภาวะในการที่จะกำหนดความต้องการของตนเอง ตัดสินใจและ

กระทำการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคล โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.3.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถและคุณสมบัติจำเป็นต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ในการรับรู้และกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตนเอง ได้แก่

1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส

3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.3.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำทั่วไป ได้แก่

1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง เพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอ สำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเอง เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

6) มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้ทักษะกระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติ การดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เช่น ความสามารถ จัดลำดับก่อนหลังของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ

10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ครอบคลุม และสังคม

1.3.3 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบไปด้วยความสามารถในขณะนั้น 3 ประการคือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการศึกษาข้อมูล เพื่อประเมินสถานการณ์

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

4) การตั้งใจและสนใจ

5) ความตระหนักในภาวะของตนเอง

6) การยอมรับตนเอง

7) ความเอาใจใส่ตนเอง

8) นิสัยประจำตัว

1.4 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง ความต้องการในเชิงของการปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) เพื่อให้บรรลุความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care requisite) ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองนั้น มี 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1.4.1 ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองซึ่งเกิดขึ้น

ในบุคคลทุกวันตลอดช่วงชีวิต และมีความปรับเปลี่ยนตามระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต โดยมีความต้องการตอบสนองด้านต่าง ๆ 8 ด้าน ดังนี้ (Orem, 1995)



- 1) คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศที่เพียงพอ
- 2) คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำที่เพียงพอ
- 3) คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารที่เพียงพอ
- 4) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 5) คงไว้ซึ่งความมีสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 6) คงไว้ซึ่งความมีสมดุลระหว่างการอยู่ลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ

ผู้อื่น

- 7) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 8) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพสูงสุด

1.4.2 ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) หมายถึง ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นในระยะของพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรืออุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียญาติมิตร การเจ็บป่วย เป็นต้น บุคคลมีความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองแตกต่างกันไปในแต่ละระยะของพัฒนาการ โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ที่จะช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การขาดการศึกษา ปัญหาในการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

1.4.3 ความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) การดูแลตนเองชนิดนี้เกิดขึ้นเนื่องมาจากความผิดปกติที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคความพิการ ความบาดเจ็บต่าง ๆ การวินิจฉัยโรค และ

การรักษาของแพทย์ เป็นความต้องการของบุคคลที่พยายามควบคุมผลเสียที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ดังกล่าว การดูแลตนเองในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

- 1) แสวงหาความช่วยเหลือที่ปลอดภัยและเหมาะสมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ
- 2) รับรู้ สนใจ และติดตามผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่อาจกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) รับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกัน ผลข้างเคียง หรือความไม่สุขสบายเนื่องมาจากโรคหรือการรักษา
- 5) ปรับอัตรในทัศน ภาพลักษณ์ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการรักษา ตลอดจนก่อรปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาคู่คนอื่น
- 6) เรียนรู้การมีชีวิตอยู่กับความพิการ พยาธิสภาพที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นภาวะที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอไม่สมดุลกับความต้องการดูแลทั้งหมด ทำให้เกิดภาวะพร้อมในการดูแลตนเองขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจทำให้คนเกิดภาวะเจ็บป่วย (Illness) พิการ (Disability) หรือถึงแก่ชีวิต (Death) ทำให้คนต้องการระบบการพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล ทฤษฎีระบบการพยาบาลนี้จะอธิบายถึงโครงสร้างและเนื้อหาการปฏิบัติการพยาบาล โดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะช่วยตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและระบบการพยาบาล ดังนี้

3.1 ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ความสามารถทางการพยาบาลนี้ หมายถึง ลักษณะเฉพาะที่แสดงถึงความสามารถหรือศักยภาพของพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการได้รับการศึกษาและมีกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ทั้งในด้านทฤษฎีและปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำให้พยาบาลมีความสามารถในการวินิจฉัยความต้องการ

การดูแลตนเองของบุคคล และจัดระบบให้การช่วยเหลือดูแลบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ให้สามารถกลับมามีศักยภาพในการดูแลตนเองดั้งเดิม

3.2 ระบบการพยาบาล (Nursing System) ระบบการพยาบาล หมายถึง ระบบการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นพลวัตของพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล ในการให้การวินิจฉัย การสั่งการ และการลงมือปฏิบัติ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของบุคคล รวมทั้งพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการให้กลับคืนสู่สภาพปกติและมีความสุขในชีวิต การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาลอาจแบ่งตามขีดความสามารถของบุคคล ในการเคลื่อนไหวและความสามารถในการจัดการกระทำเพื่อดูแลตนเอง ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

3.2.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้นำ หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ระบบการพยาบาลชนิดนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยหรือบุคคลประเภทต่อไปนี้คือ

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่กระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ไม่ว่าในรูปแบบใด ๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวหรือท่าทางของตนเองได้
- 2) ผู้ที่รับรู้แลอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใด ๆ ทั้งสิ้น
- 3) ผู้ที่สนใจหรือเอาใจใส่ตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเองแม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง พยาบาลมีบทบาทในระยะทดแทนทั้งหมด

3.2.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party compensatory nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยอาจจะปฏิบัติในกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการสนองต่อความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ส่วนพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการและความจำเป็นในการดูแลซึ่งเกิดจากปัญหาสุขภาพ

3.2.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ในระบบนี้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกิจกรรมที่ต้องการ

กระทำ ผู้ป่วยจะได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล การสอนจะต้องรวมผู้ป่วยและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ป่วยด้วย ส่วนพยาบาลนอกจากจะสอนให้คำแนะนำแล้ว ยังต้องคอยกระตุ้นให้กำลังใจให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง บทบาทของพยาบาลในระบบสนับสนุนให้ความรู้

วิธีการให้ความช่วยเหลือ

วิธีการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลโดยทั่วไป ซึ่งอาจจะใช้ได้สำหรับทุกวิชาชีพ เช่น ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น ไม่ได้เฉพาะเจาะจงสำหรับพยาบาล แต่พยาบาลให้ความช่วยเหลือในส่วนที่บุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ วิธีการให้ความช่วยเหลือมี 5 วิธีคือ (Orem, 1995 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน (Acting for or doing for) เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือที่พยาบาลสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบ และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะต้องช่วยผู้ป่วยในการหาข้อมูลตัดสินใจและวางแผนการกระทำ จะต้องบอกผู้ป่วยว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร ผู้ป่วยจะต้องรายงานอะไรแก่พยาบาลบ้าง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่สามารถที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พยาบาลจะต้องคอยปกป้องสิทธิของผู้ป่วยด้วยการกระทำให้กระทำทดแทน วิธีการกระทำให้หรือกระทำทดแทนนี้ยังมีความจำเป็นในทารกหรือเด็กเล็ก แต่ควรจะใช้วิธีอื่นแทน เมื่อเด็กหรือผู้ป่วยพร้อมที่จะดูแลตนเองได้

2. การชี้แนะ (Guiding another) การชี้แนะเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ สามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ภายใต้การแนะนำและการให้คำปรึกษาพยาบาลและผู้รับการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3. การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่ โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด เช่น พยาบาลอยู่กับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยเพิ่งหัดเดินเป็นครั้งแรกหลังจากผู้ป่วยหนักมาเป็นเวลานาน การที่พยาบาลอยู่ด้วยและพูดให้กำลังใจ มีความสำคัญไม่น้อยกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยลุกเดิน การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทางของพยาบาล เช่น วิธีการมอง สัมผัส หรือการช่วยทางด้านร่างกาย พยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกับผู้ป่วย

4. การสอน (Teaching) วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งบิลเล (Bille, 1983) เชื่อว่าการสอนผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการให้ได้ผลนั้นต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือหลักว่าพยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้มีความรอบรู้เปรียบประดุจ บิดา มารดา หรือครูของผู้ป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความนับถือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น การสอนผู้ป่วยจึงต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตัวเอง ในบางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยแตกต่างไปจากพยาบาล แต่พยาบาลต้องระลึกไว้เสมอว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติอาจจะเลือกกระทำตามความรู้ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาและความเจ็บป่วยของเขา พยาบาลจะต้องประเมินในสิ่งเหล่านี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการสอนและให้คำปรึกษา

5. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและการพัฒนาทางด้านร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับตนเองและกับบุคคลอื่น เช่น การจัดให้เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะให้คำแนะนำและคำสนับสนุน หรือวิธีการช่วยเหลืออื่น ๆ

โอเรม ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเป็นสิ่งจำเป็น และควรจะใช้ในการดูแลครอบครัว สถาบันเลี้ยงดูเด็ก สถานพยาบาล โรงเรียน และโรงพยาบาล ซึ่งมีคนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับความคิดสร้างสรรค์ ความรู้ เจตคติ และการนับถือบุคคลอื่นของพยาบาลหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาการมักจะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ด้วย การช่วยเหลือด้วยวิธีนี้มักจะใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ เช่น การสอน เป็นต้น (Orem, 1995)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

พฤติกรรมดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) พบว่าการที่บุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะของโรคนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และ

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองแบบไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน เพราะเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความแตกต่างในการตัดสินใจพฤติกรรม และการแสดงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบในแต่ละสถานการณ์ หรือความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเหมือนระบบเปิดที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองมีเพียงพอบุคคลนั้นจะดูแลตนเองได้ โดยจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลตนเองตามมา

จากที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีนั้น มีปัจจัยเกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ซึ่งโอเรม (Orem, 2001) กล่าวว่าการที่บุคคลจะสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม และสอดคล้องกับภาวะโรคนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ต้องคำนึงถึงคือปัจจัยพื้นฐาน (basic condition factors) ได้แก่ อายุ เพศ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ แหล่งประโยชน์ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

เพศ

เป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งบ่งถึงความแตกต่างทางสรีระวิทยาอันส่งผลถึงการดูแลตนเอง โดยเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพพลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของมนุษย์ตามปัจจัยกรรมพันธุ์ (Orem, 2001) จากการศึกษาของ สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, อัมพรพรณ ธีรานุบุตร, เจียมจิตร แสงสุวรรณ, การุณย์ หงส์กา และผ่องเพ็ญ เจียมสาธิต (2540) เรื่องปัจจัยที่คัดสรร และความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่รับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2543) และสายฝน เลิศวาสนา (2546) ที่พบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

อายุ

อายุและ พัฒนาการเป็นตัวบ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย การตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล คือเมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิภาวะสูงขึ้น การดูแลตนเองจะสูงขึ้นตาม และจะสมบูรณ์สูงสุดในวัยผู้ใหญ่ (Orem, 2001) การดูแลตนเองจะขึ้นอยู่กับพัฒนาการแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล เช่น ในเด็กเล็ก ๆ อาจจะได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือวัยสูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ในวัยผู้ใหญ่จะมีพัฒนาการความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีการประเมินสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มีการเลือกแนวทาง และหาเป้าหมายในการปฏิบัติ มีการตัดสินใจแล้ว จึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระยะเวลาต่อมา (Orem, 2001) บุคคลจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล มากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติรัตน์ชญา ไชยเจริญ (2543) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยชีวิตสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลราชบุรี มีพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 331 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพร ศรีจันทร์ (2547) ศึกษาปัจจัยเกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูเวียง จังหวัดพะเยา จำนวน 276 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 35-49 ปี มีจำนวนคนที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกเลย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มอายุ 35-49 ปี เป็นกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ส่วนใหญ่รับบริการคุมกำเนิด จึงมีความจำเป็นในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสาร การเชิญชวน คำแนะนำ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ อารีย์ เจียมพุก (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 181 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ต่างกัน

ระบบครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยขนาดเล็กทางสังคมที่มีอิทธิพลและบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการช่วยเหลือและดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังรักษาในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมไปถึงการช่วยเหลือทางสังคม/เศรษฐกิจ

แบบแผนการดำเนินชีวิต

การศึกษาของยุพาพร ศรีจันทร์ (2547) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.018$) สอดคล้องกับกับการศึกษาของ สรिता ธีระวัฒน์สกุล และคณะ (2538) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษาของ นิรมล พิมน้ำเย็น และทวีศักดิ์ ศิริไพบุลย์ (2552) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรคติดต่อหลายขนาน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย ปัจจัยการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการขาดการมารับการรักษา มีผลต่อการติดยาและการรักษาไม่หาย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีดังต่อไปนี้

งานวิจัยในประเทศ

รุ่งทิพย์ สุจริตธรรม (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการรักษาวัณโรค ณ โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 112 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง

พุทธวรรณ ศิวเวทพิกุล (2550) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสตามโครงการ NAPHA และไม่เกิดอาการติอยาต้านไวรัส ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลภายในจังหวัดพิจิตร จำนวน 110 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามเลือกตอบและเติมข้อความ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัสในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 4.07 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระดับภูมิคุ้มกัน ก่อนได้รับยาต้านไวรัสที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นสิ่งที่มีมักจะกระทำเสมอ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้น สัมพันธ์กับเอดส์หรือไม่ ซึ่งอาการที่ฟ้องว่าตนเองเป็นเอดส์นั้น ได้แก่ ผอม น้ำหนักลดมาก มีตุ่มขึ้นตามผิวหนัง ใบหน้า และแขน ขา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เลือกที่จะบอกกับคนที่ไว้ใจได้และไม่รังเกียจ เช่น พ่อ แม่ แต่ยังไม่เปิดเผยกับบุคคลนอกครอบครัวอยู่

รสสุคนธ์ วาริทสกุล และคณะ (2544) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ร่วมกับครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการดูแลค่อนข้างสูง ($M = 93.60$, $SD = 9.04$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายที่มีการเข้าร่วมกลุ่มหรือมารับการรักษา ให้ความสนใจในการดูแลตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา จึงแสวงหาแหล่งความรู้ และแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมในสังคม ที่จะส่งเสริมให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อมรินทร์ หน่อไชยวงศ์ (2545) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน (ลักษณะประชากร สังคมและสภาพการเจ็บป่วยและการรักษา) และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 109 คน พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีการดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพศหญิงจะมีการดูแลตนเองโดยรวมด้านร่างกาย จิตใจ ดีกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$, 0.001 และ 0.035) ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีโอเรียมที่ว่า เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการดูแลตนเอง (Orem, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (cockerham, 1982 v) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพพบว่าเพศหญิงไปรับบริการตรวจรักษา มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของจากรูวรรณ ชันติสุวรรณ (2528) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคหญิงมารับการตรวจรักษามากกว่าผู้ป่วยวัณโรคชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเพศหญิงมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ในด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีการดูแลตนเองด้านจิตสังคมดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ($P < 0.005$) สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเรียม (1991) ที่ว่าปัจจัยอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และเป็นตัวกำหนดความต้องการการดูแลตนเอง กำหนดศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเองได้ด้วย

บังอร ศิริโรจน์ (2537, หน้า 190-195 อ้างอิงใน จันทิรา พุทธรักษ์, 2551) ศึกษาการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ มีการจัดการการดูแลตนเอง ในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวหลังรับรู้ว่ามีเชื้อเอดส์ แบ่งเป็น

4 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤติทางอารมณ์ หลังได้รับแจ้งว่าติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง การปรับตัวในระยะนี้ได้แก่ พยายามลดหรือเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาสุขภาพตนเอง บางรายเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับผู้ที่ตนเองไว้วางใจ และพยายามตั้งเป้าหมายชีวิตที่จะทำให้สำเร็จในช่วงชีวิตที่เหลือเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งใช้ระยะเวลาอันยาวนานเป็นเดือนที่จะเข้าสู่ระยะที่สอง ซึ่งเป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด มีรูปแบบการปรับตัวได้แก่ การปรับจิตใจให้ยอมรับการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง สร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ การดูแลสุขภาพร่างกาย ลดสิ่งที่ทำให้สะเทือนใจ เช่น ข่าวสารที่ทำให้หดหู่ใจ เมื่อปรับได้ระยะหนึ่งแล้ว ติดเชื้อจะเข้าสู่ระยะที่สาม ได้แก่ สามารถดำเนินชีวิตในสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีการเรียนรู้การติดเชื้อตามวิถีของตนเอง มีรูปแบบการดำเนินชีวิต ไม่ตั้งความหวังหรืออนาคต พยายามลืมเรื่องการติดเชื้อ แยกตัวจากสังคมบ้าง รู้สึกไม่มั่นคงและไม่มี ความหวังในชีวิต และระยะที่สี่ คือ การเผชิญปัญหาในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ที่ยอมรับการเจ็บป่วยและมีการปรับตัวได้ดี มาตลอด และมีแรงสนับสนุนทางสังคมดี จะเผชิญวาระนี้ด้วยความเข้าใจยอมรับอย่างสงบ

รัศมี สุชนรินทร์ (2552) ได้ศึกษาประสบการณ์การใช้ยาต้านของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยา พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น พฤติกรรมการกินยาต้านไวรัส รูปลักษณะที่เปลี่ยนไปเมื่อกินยาต้านไวรัส ภาวะการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็น เช่น วัณโรค เชื้อรา ในสมอง การปกปิดการเปิดเผยข้อมูลที่สำคัญ การประกอบอาชีพก็มีผลต่อการดูแลตนเองได้

งานวิจัยต่างประเทศ

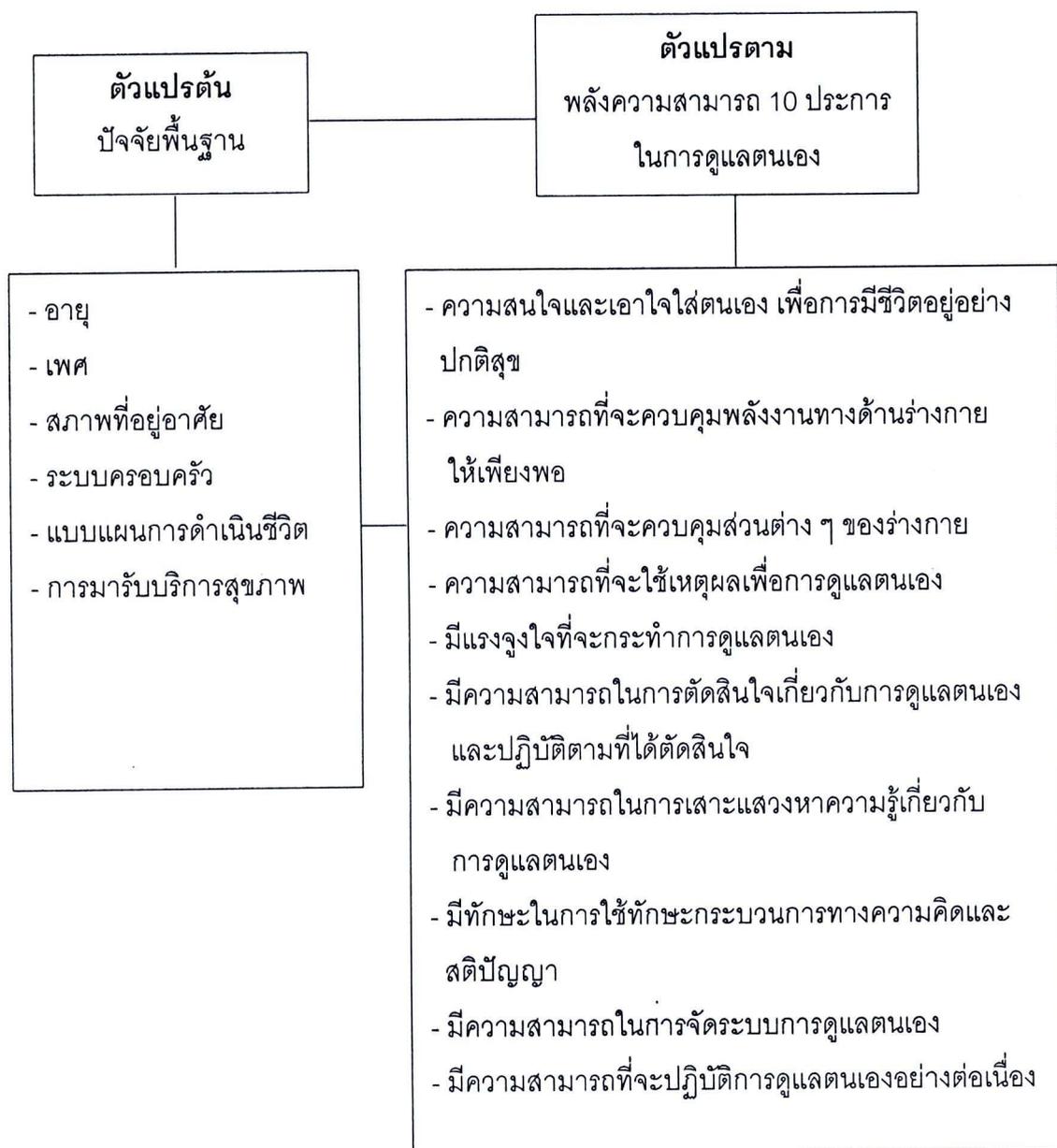
Sowell, et al. (1997, pp. 55-70) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง ในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษา พบว่า วิธีการดูแลตนเองประกอบไปด้วย การสนใจเรื่องอาหาร และโภชนาการเป็นพิเศษ การไม่ใช้ยาในการรักษา การดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยใช้การทำ พิธีกรรมทางศาสนา วิธีการตระหนักรู้ ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากที่กล่าวมาแนวคิดของโอเร็มที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ตามแนว ทฤษฎีการดูแลตนเอง นั้นเป็นการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้าน พัฒนาการ และการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง ซึ่งมีมโนคติหลักคือปัจจัยเงื่อนไข พื้นฐาน และในส่วนของดูแลตนเองนั้นมีโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีพลัง ความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการเป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และพฤติกรรมปฏิบัติ ซึ่งหากขาดตัวเชื่อมสำคัญนี้แล้ว การดูแลตนเองจะเกิดขึ้นไม่ได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นกลุ่ม บุคคลที่เป็นโรครักษาไม่หาย โรคติดเชื้อที่ปัจจุบันได้กลายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา

และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีกำลังใจและความตั้งใจที่จะรักษา ต้องรับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นบุคคลที่สังคมไม่ปรารถนา หากสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะลดอุบัติการณ์ของ ความเจ็บป่วยและการตายของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ (กระทรวง สาธารณสุข, 2547 ; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2547, หน้า 10 ; สมนึก สังฆานุกาพ, 2549, หน้า 183) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองในส่วนของปัจจัยเงื่อนไข พื้นฐานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลตนเอง โดยศึกษาเฉพาะ เพศ อายุ สภาพที่อยู่อาศัย ระบบ ครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต การมารับบริการสุขภาพ โดยไม่ศึกษาขนบธรรมเนียมประเพณี เนื่องจากเป็นประชากรในอำเภอบางระกำที่มีวัฒนธรรมเดียวกัน ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ และพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ มาเป็นกรอบการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงว่า ปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อพลังความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังภาพ 1





ภาพ 1 กรอบการวิจัย