

## บทที่ 2

### เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษากิจการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีคุณภาพชีวิตดี ผู้วิจัยได้  
ทำการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สารระสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์
  - 1.1 ความหมายของโรคเอดส์
  - 1.2 ประวัติ และการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
  - 1.3 การแพร่กระจายของโรคเอดส์
  - 1.4 อาการทางคลินิก
  - 1.5 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี
  - 1.6 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี
  - 1.7 ผลกระทบของโรคเอดส์
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
  - 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต
3. แนวคิดเรื่องกิจการจัดการตนเองอย่างมีคุณภาพ
  - 3.1 ความหมายของกิจการจัดการตนเอง
  - 3.2 องค์ประกอบกิจการจัดการตนเอง
  - 3.3 วิธีปฏิบัติตามแนวคิดกิจการจัดการตนเอง
  - 3.4 ปัจจัยและคุณสมบัติที่มีผลต่อการจัดการตนเอง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### สารระสำคัญเกี่ยวกับโรคเอดส์

1. ความหมายของโรคเอดส์ คำว่าเอดส์ เป็นคำทับศัพท์ภาษาอังกฤษ มาจาก  
คำว่า "AIDS" ซึ่งย่อมาจาก Acquired Immunodeficiency Syndrome Acquired  
หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นภายหลัง มิได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบสายเลือดทางพันธุกรรม Immune  
หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง ความเสื่อม หรือการขาด

Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งเป็นโรคที่มีอาการหลายๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

ดังนั้นความหมายของคำว่า AIDS หรือเอดส์ จึงหมายถึง กลุ่มอาการของโรคซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันลดลงหรือบกพร่องที่มีได้เกิดขึ้นมาแต่กำเนิด แต่เมื่อเป็นโรคนี้แล้วจะทำให้ภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันของร่างกายลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ทั้งนี้เพราะเซลล์สร้างภูมิคุ้มกันถูกทำลาย ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อ HIV (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคนแล้ว จะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลงหรือไม่มีเลย จนเป็นสาเหตุให้ร่างกายอ่อนแอ ติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติและไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ แต่จะเป็นอันตรายสำหรับ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่มีระบบภูมิคุ้มกันน้อย และในที่สุดจะตายด้วยโรคติดเชื้อเรื้อรังนั้น (วิทย์ เทียงบุญธรรม, ม.ป.ป., หน้า 1)

## 2. ประวัติ และการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

โรคเอดส์มีการรายงานเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2527 ในประเทศไทย โดยพบว่าชายรักร่วมเพศและคนฉีดยาเสพติดตามเมืองใหญ่ๆ ป่วยเป็นโรคติดเชื้อ ซึ่งโดยปกติแล้วจะพบในคนที่ภูมิคุ้มกันต่ำไม่ดี เช่น ในคนแก่ คนที่เป็นมะเร็ง หรือคนไข้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จึงเรียกโรคที่พบใหม่นี้ว่าโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปัจจุบันพบว่าเชื้อเอชไอวีมีมากกว่า 10 สายพันธุ์ กระจายอยู่ตามประเทศต่างๆ ทั่วโลก ที่พบในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ B ซึ่งแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศและคนที่ฉีดยาเสพติดกับสายพันธุ์ E หรือ A/E ซึ่งแพร่ระบาดในคนที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง ไวรัสเอดส์หรือเอชไอวี (HIV) มีสายพันธุ์กรรมหรือยีนส์เป็นอาร์เอ็นเอ (RNA) แทนที่จะเป็นดีเอ็นเอ (DNA) เหมือนกับเซลล์ของสิ่งมีชีวิตชั้นสูงทั่วไป สายพันธุ์กรรมจะถูกอัดแน่นอยู่ในแกนกลาง เมื่อไวรัสจะเข้าไปในเซลล์แล้ว จะใช้เอนไซม์รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase) เปลี่ยนยีนส์อาร์เอ็นเอให้เป็นดีเอ็นเอ (DNA) ซึ่งจะสามารถสอดแทรกเข้าไปในสายพันธุ์กรรมของเซลล์ร่างกายซึ่งเป็นดีเอ็นเอได้ เมื่อสอดเข้าไปเรียบร้อยแล้วเวลาเซลล์ของร่างกายแบ่งตัว ก็จะมีสายพันธุ์กรรมชนิดดีเอ็นเอของไวรัสแบ่งตัวตามเข้าไปอยู่ในเซลล์ใหม่ด้วย ทำให้มีไวรัสอยู่ในเซลล์ใหม่ที่เกิดขึ้นในร่างกาย โดยไม่เกิดอาการอะไร และขณะเดียวกันก็ถูกกำจัดให้หมดจากร่างกายได้ยาก ส่วนใหญ่เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายแล้วจะไปเจริญเติบโต และแบ่งตัวอยู่ในเม็ดเลือดขาวชนิดเฮลเปอร์ ทีเซลล์ (Helper T-cell) ซึ่งมีหน้าที่ช่วยในการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อเฮลเปอร์ ทีเซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่ม จำนวนเชื้อไวรัสเอดส์ก็จะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนตามไปด้วย หรือเชื้อไวรัสเอดส์จะเปลี่ยนเฮลเปอร์ ทีเซลล์ให้ทำหน้าที่เป็นโรงงานผลิตไวรัสเอดส์ ไวรัสเอดส์จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในระยะเวลาอันสั้น จนทำให้เฮลเปอร์ ทีเซลล์แตกสลายถูกทำลายไป

เมื่อเฮลเปอร์ ทีเซลล์ถูกทำลาย จึงไม่สามารถกระตุ้นบีเซลล์ (B-cell) ซึ่งทำหน้าที่ในการสร้างภูมิคุ้มกัน (Antibody) เพื่อต่อต้านไวรัสที่บุกรุกเข้ามา จึงเป็นผลให้ติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infections) ชนิดต่างๆ และโรคมะเร็งบางชนิด ที่มีความรุนแรงได้ง่ายกว่าคนปกติ ซึ่งก็เป็นกลุ่มอาการของโรคเอดส์นั่นเอง นอกจากนี้ไวรัสเอดส์ยังสามารถบุกรุกเข้าไปในเซลล์อื่นๆ เช่น เซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สิ่งแปลกปลอม เซลล์สมองและเซลล์ของเยื่อบุทางเดินอาหารเป็นต้น ผลลัพธ์ก็คือทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปและมีอาการทางสมอง หรือทางจิตประสาทได้ (ปราโมทย์ ธีรพงษ์, 2546, หน้า 47-57; ประพันธ์ ภาณุภาค, 2549, หน้า 8-9)

### 3. การแพร่กระจายของโรคเอดส์

การแพร่กระจายของโรคเอดส์ (สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ, 2544, หน้า 767; วิทย์ เทียงบุญธรรม, ม.ป.ป., หน้า 1-23) กล่าวไว้ว่า เชื้อไวรัสเอดส์จะติดต่อจากผู้ที่มีเชื้อโรคไปยังผู้สัมผัสได้ 2 วิธีซึ่งสรุปได้ คือ

3.1 การแพร่ทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย โดยที่ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย เช่น ชายบริการ หญิงโสเภณีหรือหญิงบริการ คู่นอนของผู้ติดเชื้อเอดส์ ชายรักร่วมเพศที่มีคู่นอนหลายคน ซึ่งโอกาสที่จะติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย รูปแบบของเพศสัมพันธ์ เช่น การร่วมเพศที่รุนแรง การร่วมเพศโดยใช้เครื่องมือช่วยและการร่วมเพศทางทวารหนัก ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น

3.2 การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด พบได้ใน 3 กรณี คือ การได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด เช่น พลาสมา เกล็ดเลือด และแฟคเตอร์ที่จะทำให้เป็นลิ่มเลือด โดยไม่ได้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อน การใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด การปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อ เช่น ไต กระดูกตา ผิวหนัง การผสมเทียมโดยการรับเชื้ออสุจิของผู้ติดเชื้อเอดส์ การติดต่อจากมารดาสู่ทารก โรคเอดส์สามารถแพร่กระจายจากมารดาสู่ทารกได้ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอด ซึ่งโอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ ร้อยละ 20-50

ประพันธ์ ภาณุภาค (2549, หน้า 9-21) รายงานว่าไวรัสเอดส์พบส่วนใหญ่ในเม็ดโลหิตขาว ดังนั้นเลือดของผู้ป่วยจึงมีเชื้อเอดส์อยู่มากที่สุด รองลงมาเป็นน้ำกามของผู้ชาย และน้ำเมือกที่อยู่ในช่องคลอดของผู้หญิง โดยถ้ายังมีเม็ดโลหิตขาวปะปนอยู่ในน้ำเหล่านี้มากก็ยังมีไวรัสเอดส์อยู่มาก การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิงกับชาย และชายกับชายจะมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ ถ้าฝ่ายใดมีเชื้ออยู่ในตัว เพราะเชื้อเอดส์จะออกมากับน้ำกามของผู้ชายและออกมากับน้ำเมือกในช่องคลอดที่เป็นโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งอยู่ในเม็ดเลือดขาวที่ปะปนออกมากับน้ำกามและ

น้ำเมือก ดังนั้นถ้ายังมีเลือดออก เช่น การร่วมเพศขณะมีประจำเดือน หรือขณะที่ประจำเดือนยังไม่หมด หรือมีบาดแผลที่เกิดจากการฉีกขาดขณะร่วมเพศ หรือเกิดจากแผลกามโรคที่มีอยู่เดิม ก็จะทำให้รับเชื้อได้ง่ายขึ้น ส่วนน้ำลาย น้ำตาและสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ของผู้ป่วย ก็อาจพบมีไวรัสเอดส์ปะปนอยู่ได้บ้าง แต่มีปริมาณน้อยมาก ดังนั้นเหงื่อ น้ำลาย น้ำตา และปัสสาวะของคนที่ติดเชื้อเอดส์ จึงไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น นอกจากจะมีเลือด สอดคล้องกับ Ignatavicius (2006 p. 429) ที่ได้รายงานว่าเชื้อเอชไอวีพบมากที่สุดในสารคัดหลั่งของร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำคร่ำ น้ำไขสันหลัง และมีการติดต่อกันได้สามทาง คือ ทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือดโดยการรับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีหรือใช้เข็มร่วมกัน และจากแม่สู่ลูกโดยการสัมผัสเลือดแม่ในระหว่างการคลอด หรือจากการให้นม เชื้อเอชไอวีจะไม่ติดต่อกันโดยการอยู่ร่วมกัน เช่น การอยู่บ้าน โรงเรียน หรือสถานที่ทำงานร่วมกัน

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2547ข, หน้า 7-15) รายงานว่าความเสียหายจากการติดเชื้อเอชไอวีหลังสัมผัสเลือด โดยผ่านทางของมีคมทะเลผิวหนังมีร้อยละ 0.3 และหากเป็นการสัมผัสผ่านเนื้อเยื่อ (Mucous membrane) มีความเสี่ยงเท่ากับร้อยละ 0.09

#### 4. อาการทางคลินิก

ภิญญ มุตสิกพันธ์ (2543, หน้า 269-270) รายงานว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการทางคลินิกแบ่งได้เป็น 4 ระยะด้วยกัน คือ

**ระยะที่ 1 : ระยะติดเชื้อเริ่มแรก (Primary infection, acute retroviral syndrome)** ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีอาการประมาณร้อยละ 30 คือ มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว มีผื่นแบบ Maculopapular rash ส่วนใหญ่จะมีอาการประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อและหายไปเองภายใน 2 สัปดาห์ ระยะนี้การตรวจ anti-HIV มักจะให้ผลลบ ผู้ป่วยจะมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดสูงมาก ปริมาณ CD4 จะลดต่ำลงชั่วคราว หลังจากนั้นจะมีอาการตอบสนองภูมิคุ้มกัน ปริมาณเชื้อไวรัสจะลดลงมาอยู่ที่ระดับค่าหนึ่ง และปริมาณ CD4 จะกลับสูงขึ้นใกล้ปริมาณปกติ ระยะต่อมาเชื้อจะกระจายหลบซ่อนอยู่ในต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกาย

**ระยะที่ 2 : ระยะแฝงไม่มีอาการ (Latent infection, asymptomatic period)** หลังจากได้รับเชื้อ 6 สัปดาห์-3 เดือน ผู้ป่วยจะมีผล anti-HIV ให้ผลบวก เชื้อไวรัสในกระแสเลือดจะมีค่าคงที่ (Set point) ค่าหนึ่ง พบว่าที่ค่า set point ประมาณ 3 เดือนหลังติดเชื้อ จะบ่งถึงการดำเนินโรคได้ โดยผู้ที่มีค่า Set point สูงโรคจะกำเริบมีอาการเร็ว อย่างไรก็ตามไวรัสยังมีการแบ่งตัวในปริมาณมากตลอดเวลา (Viral dynamics) ประมาณว่ามีการแบ่งตัววันละ 10,000 ล้านตัวต่อวัน และค่าครึ่งชีวิตในกระแสเลือดน้อยกว่า 20 นาที แต่เนื่องจากร่างกายยังสามารถ

กำจัดเชื้อได้เต็มที่ และมีการผลิต CD4 ออกมาจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะสมดุล (Steady state) ในระดับหนึ่ง เมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้างเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองที่มีเชื้อไวรัสแฝงอยู่จะเริ่มถูกทำลาย ทำให้ปริมาณเชื้อไวรัสออกมาในกระแสเลือดมากขึ้น และความสามารถของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อไวรัสลดลง ทำให้จำนวน CD4 ลดลงจนถึงจุดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น และพบว่าร้อยละ 25 ของบุคคลกลุ่มนี้จะลุกลามต่อไปเป็นโรคเอดส์ และอีกประมาณร้อยละ 40 จะเปลี่ยนไปเป็นผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ในระหว่าง 5 – 7 ปี

**ระยะที่ 3 : ระยะมีอาการขั้นต้น (symptomatic non AIDS)** ผู้ป่วยในระยะนี้มีภูมิคุ้มกัน CD4 ลดลงเหลือประมาณ 200 – 500/mm ผู้ป่วยเริ่มปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างพร้อมกัน ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุ อาการเหล่านี้คือ มีไข้เรื้อรังเกิน 37.8 องศาเซลเซียสโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีเหงื่อออกเวลากลางคืน ต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งได้แก่ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ รักแร้ ขาหนีบทั้งสองข้าง ซึ่งการโตของต่อมน้ำเหลืองอาจเรื้อรังเกินกว่า 3 เดือน ท้องเดินเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน มีอาการของโรคเริ่มลุกลามเรื้อรัง ไอคล้ายเป็นหวัด น้ำหนักลด ซีดลง

**ระยะที่ 4 : ระยะมีอาการเต็มขั้น (AIDS)** ในระยะนี้ภูมิคุ้มกันลดต่ำลงมาก จนเกิดโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส หรือโรคต่างๆ ที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้ว่าเป็นเอดส์ ผู้ป่วยจะมีอาการในระยะที่ 2 ร่วมกับมีการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น แบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต เชื้อรา หรือมะเร็งบางชนิดทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องเดินเรื้อรัง การติดเชื้อที่หลอดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดาในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่ที่ลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลได้ การติดเชื้อในระบบประสาท ทำให้สมองอักเสบและเซลล์ประสาทเสื่อมสลายได้ เกิดอาการความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ชัก อัมพาต หงุดหงิด ซึม หรือเป็นโรคจิตประสาท บางคนอาจมีอาการปวดศีรษะมาก แขนขาไม่มีแรง การเกิดอาการต่างๆ ไป เช่น ต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต หรือเกิดอาการของโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งหลอดเลือด มีผื่นจ้ำคล้ายหูดเลือดตามร่างกาย มีตุ่มแดงจัดจนถึงม่วงคล้ำ

## 5. การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือด มี 4 วิธี ได้แก่ 1) การตรวจหาแอนติบอดี หรือภูมิคุ้มกันเคยต่อตัวไวรัส (ไม่ใช่ภูมิคุ้มกัน) หรือ Anti-HIV 2) การตรวจหาแอนติเจนของตัวไวรัส (HIV p24 antigen) 3) การตรวจ western blot และ 4) การตรวจหาสารพันธุกรรมของตัวไวรัส (HIV DNA PCR) ดังจะกล่าวรายละเอียดในตอนต่อไป

การตรวจหาแอนติบอดีต่อตัวไวรัส (Anti-HIV) เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไปในการวินิจฉัยการติดเชื้อมีหลายวิธี เช่น Particle agglutination, ELISA โดยควรตรวจตอนประมาณ 6–8 สัปดาห์หลังสัมผัสเชื้อ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจจะต้องใช้เวลามากกว่านี้ แต่ไม่เกิน 6 เดือน หากตรวจครั้งแรกให้ผลเป็นลบ ให้ตรวจซ้ำอีกครั้งตอน 3 เดือนหลังสัมผัสเชื้อ หรืออีก 3 เดือนหลังจากตรวจครั้งแรก ถ้ายังให้ผลเป็นลบอยู่แสดงว่าไม่ติดเชื้อ (ความจำเพาะมากกว่า 99.8%) ถ้าให้ผลลบจะต้องตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจอีกหนึ่งชนิด ก่อนจะบอกว่าให้ผลลบจริง (ความแม่นยำมากกว่า 99.8%) โดยอาจจะต้องเจาะเลือดครั้งที่สอง เพื่อป้องกันการสลับหลอดเลือด ในประเทศไทยไม่มีความจำเป็นต้องใช้ Western blot ในการยืนยัน นอกจากการตรวจโดย 2 วิธีให้ผลขัดแย้งกัน

การตรวจหาชิ้นส่วน หรือแอนติเจนของตัวไวรัส (HIV p24 antigen) P24 antigen เป็นโปรตีนแกนกลางของเชื้อไวรัส ซึ่งจะถูกสร้างออกมาในปริมาณมาก หลังจากเชื้อไวรัสเข้าสู่เซลล์เม็ดเลือดขาวสามารถตรวจพบได้ในช่วงที่ติดเชื้อเฉียบพลันก่อนที่จะตรวจพบ Anti HIV หรือในช่วงสุดท้ายของการติดเชื้อที่เป็นเอดส์เต็มขั้นแล้ว แต่ถ้าเป็นช่วงกลางๆ จะมีความไวต่ำ นิยมตรวจกรณีเด็กคลอดจากแม่ติดเชื้อ หรือในระยะ Primary infection

การตรวจ Western blot เป็นการตรวจที่มีความจำเพาะสูง ใช้ในการยืนยันผลการตรวจ Anti HIV ทำโดยนำเลือดผู้ป่วยมาทำ Electrophoresis บนแผ่น Cellulose Antibody ต่อส่วนประกอบต่างๆ ของเชื้อเอชไอวี จะแยกออกมาเป็นแถบตามขนาดโมเลกุล การอ่านผลทำได้โดยการเปรียบเทียบกับแถบมาตรฐาน ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เนื่องจากยุ่งยากและมีราคาแพง

การตรวจหาสารพันธุกรรมของตัวไวรัส (HIV DNA PCR) เป็นวิธีตรวจหาการติดเชื้อที่ไวที่สุด ส่วนใหญ่ภายใน 1–2 สัปดาห์หลังสัมผัสเชื้อ จึงใช้วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ หรือในช่วงแรกของการติดเชื้อในผู้ใหญ่ที่ยังตรวจแอนติบอดี ไม่พบการที่จะบอกว่า DNA PCR ให้ผลบวก ต้องทำการทดสอบกับตัวอย่างเลือด 2 ครั้งที่เจาะในระยะเวลาที่ต่างกัน (สุรพล เกาะเรียนอุดม, 2548; วรพจน์ ตันติศิริวัฒน์, 2549)

#### 6. การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วย

การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันเชื่อว่า ยังไม่มีวิธีการกำจัดเชื้อไวรัสเอชไอวีให้หมดจากร่างกายได้ แม้จะให้ยาต้านไวรัสเป็นเวลานานก็ตาม อย่างไรก็ตามการให้ยาต้านไวรัสสามารถลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ และสามารถชะลออัตราการดำเนินโรคให้ช้าลงในผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการหรือมีอาการเริ่มแรกได้ มีการตั้งเกณฑ์ในการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ป่วยให้เหมาะสม คือ

6.1 ผู้ป่วยติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic)

6.2 ผู้ป่วยติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ แต่มีระดับภูมิคุ้มกันหรือจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งมีบทบาทในการสร้างสารภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกายไว้ต่อสู้กับเชื้อโรค มีจำนวนลดลงต่ำกว่า 500 เซลล์ต่อซีซี ในคนปกติจะมีปริมาณ 800–1,000 เซลล์ต่อซีซี

6.3 ผู้ป่วยติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการและมีปริมาณเชื้อเอชไอวีในพลาสมามากกว่า 200,000/ $mm^3$  จากการตรวจโดยอาศัยเทคนิคการเพิ่มขยายปริมาณกรดนิวคลีอิก ด้วยวิธี RT-PCR (Reverse transcriptase polymerase chain reaction) แม้ว่า ระดับ CD4 จะมากกว่า 500 เซลล์ต่อซีซีก็ตาม

ปัจจุบันมียาด้านไวรัสเอดส์ออกมาใช้ทางคลินิกทั้งหมด 16 ชนิด ซึ่งจะออกฤทธิ์หลักๆ ที่ 2 ตำแหน่ง คือ ยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase และ Protease มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

6.3.1 ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ยับยั้งเอนไซม์ รีเวอร์ส ทรานสคริปเตส (Reverse Transcriptase inhibitor) แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่ม 1 กลุ่มที่มีลักษณะเลียนแบบ Base ของกรดนิวคลีอิก (Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor หรือ NRTI) ตัวยาจะมีโครงสร้างคล้ายกับ nucleoside base ออกฤทธิ์ แย่งจับกับเอนไซม์ Reverse transcriptase ทำให้สร้างสาย DNA จาก RNA ไม่ได้ การยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase เป็นแบบแย่งจับไม่ถาวร จึงมีฤทธิ์ด้อยกว่ายาในกลุ่มที่ 2 ยาเหล่านี้ ได้แก่ AZT, DDI, 3TC, D4T, ABC

กลุ่ม 2 กลุ่มที่มีลักษณะไม่เหมือน Base ของกรดนิวคลีอิก (Nonnucleoside Reverse Transcriptase inhibitor หรือ NNRT) ตัวยาจะมีโครงสร้างแตกต่างจาก nucleoside base ได้แก่ Nevirapine, Deravardine, Efavirenz ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Reverse transcriptase แบบจับถาวร และคนละตำแหน่งกับที่เอนไซม์จับกับ Nucleic acid base ทำให้มีฤทธิ์แรงกว่า NRTI มาก และดีด้อยได้ง่ายเมื่อใช้เดี่ยว

6.3.2 ยาด้านไวรัสเอดส์ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ โปรติเอส (Protease Inhibitor) ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ โปรติเอส ทำให้ไวรัสแบ่งตัวออกมาไม่สมบูรณ์ ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งเชื้อเอชไอวีได้ดีมาก ไวรัสจะไม่สามารถประกอบส่วนต่างๆ เข้าเป็นไวรัสที่สมบูรณ์ และออกจากเซลล์ได้ ทำให้ไม่สามารถก่อโรคได้ มีฤทธิ์แรงแต่ดีด้อยได้ง่ายเมื่อใช้อย่างเดียวก่อนและมีราคาแพง ได้แก่ Indinavir, ritonavir ปัจจุบันไม่แนะนำให้ใช้ยาด้านไวรัสเอดส์เดี่ยวๆ พบว่า ยาออกฤทธิ์ได้ดีที่สุด เมื่อใช้ร่วมกันหลายตัว (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2547ค, หน้า 35-38; ภิญญ มุตสิกพันธ์, 2543, หน้า 271-273)

การรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและสำคัญมาก คือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection, OI) โดยโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนแต่ละอย่างขึ้นอยู่กับระดับภูมิคุ้มกันที่ลดต่ำลง ประเทศไทยพบว่าโรคฉวยโอกาส ที่พบบ่อยหลักๆ คือ Pneumocystis carinii (PCP), Tuberculosis (TB), Cryptococcal meningitis (CM) ในปัจจุบันมีการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสกับผู้ป่วย พบว่า สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตามหลังจากมีการเริ่มให้ยาต้านไวรัสหลายตัวพร้อมกัน พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งในผู้ป่วยลดลงอย่างมาก โรคติดเชื้อบางอย่างอาจหายไปเองหรือหยุดดำเนินโรค โรคบางอย่างอาจมีรอยโรคกำเริบจากภูมิคุ้มกันไวเกินหลังทานยาต้านไวรัสจำเป็นต้องได้ Steroid ควบคุมในระยะสั้น (ภิรุณ มุตสิกพันธ์, 2543, หน้า 272-273)

#### ผลข้างเคียง/พิษจากยาด้านไวรัสเอชไอวี

ผลข้างเคียงและพิษของยาด้านไวรัสมีดังนี้

ยากลุ่ม NRTI ได้แก่

AZT ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ซีด Neutropenia, Lactic acidosis เล็บมีสีคล้ำ

D4T ทำให้เกิดภาวะ Peripheral neuropathy ผู้ป่วยจะมีอาการปวดร่วมกับชาปลายมือปลายเท้า หรือเกิด Lipoatrophy ผู้ป่วยจะมีแก้มตอบ ไขมันใต้แขนขาดลง ทำให้เห็นเส้นเลือดดำ ที่แขนขาชัดเจนขึ้น

3TC มีผลข้างเคียงน้อย อาจทำให้เกิดตับอ่อนอักเสบได้ในเด็ก

DDI ทำให้เกิด Peripheral neuropathy ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง

ยากลุ่ม NNRTI ได้แก่

Nevirapine ทำให้มีผื่นคัน บางรายอาจกลายเป็น Steven Johnson Syndrome

Efavirenz ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ ผื่นร้าย ผื่นคัน ไขมันในเลือดสูง

ยากลุ่ม Protease inhibitors (PIs) ได้แก่

Indinavir ทำให้เกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

Ritonavir ทำให้เกิดอาการชารอบๆปากและปลายมือปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน

Nelfinavir ทำให้เกิดท้องเสีย (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข,

2547ง, หน้า 166-174)



## 7. ผลกระทบของของโรคเอดส์

เอดส์มิใช่เป็นเพียงโรคร้ายที่สร้างความทุกข์ทรมานทั้งกายใจและในที่สุดบั่นทอนชีวิตของเพื่อนร่วมสังคมไทยเท่านั้น หากยังบั่นทอนจิตสำนึกอันอ่อนโยน เอื้ออาทรที่มีให้กันและกัน ซึ่งเป็นลักษณะพิเศษของความผูกพันระหว่างคนในสังคมไทย (ประกอบ แถมเมืองปัก, 2540)

### 7.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี อาจแสดงอาการที่สัมพันธ์กับโรคหรือไม่แสดงในระยะแรก เมื่อมีการติดเชื้อลุกลามระบบภูมิคุ้มกัน อาการแสดงหลายๆ อาการมักจะปรากฏ และเป็นผลทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องไปเช่นเดียวกับการติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็ง (Ignatavicius, 2006, p.423-425)

สุรพล สุวรรณและอมร ลีลารัมย์ (2536, หน้า 90-105) รายงานเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเอดส์ไว้ว่า เชื้อเอดส์จะทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจนเหลือจำนวนน้อย ไม่สามารถควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคได้ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่รุนแรงตามมา ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรค ที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โดยขึ้นอยู่กับการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในระบบใดของร่างกาย ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่อวัยวะต่างๆ ที่มีการติดเชื้อ เช่น ถ้าเป็นการติดเชื้อที่ปอด ก็จะทำให้เกิดอาการของปอดอักเสบ ที่ถ้าได้ทำให้มีอาการอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือเรื้อรังที่หลุดอาหารทำให้อิ่มลำบาก ที่สมองทำให้ปวดศีรษะเรื้อรัง รุนแรง ตามัว แขนขาไม่มีแรง และที่ไขสันหลังทำให้มีอาการเดินเซ ขาไม่มีแรง ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยอาจติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำซาก ติดเชื้อชนิดใหม่หรือหลายชนิดพร้อมกันในเวลาเดียวกัน อาการอื่นที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ความอ่อนล้า นอกจากนี้อาจทำให้สมองถูกทำลาย ทำให้มีความผิดปกติและเกิดการแทรกซ้อนทางระบบประสาท เช่น โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อวัณโรค และเชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง ทำให้มีไข้และปวดศีรษะรุนแรง เรื้อรัง สมองเสื่อม ความจำเสื่อม

### 7.2 ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

ตั้งแต่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ แม้ไม่มีอาการก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความเครียดวิตกกังวล สับสน เกิดภาวะวิกฤติทางอารมณ์ รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิตกลัวตาย ปฏิเสธตอบสนอง และความรู้สึกต่อภาวะการติดเชื้อแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2539, หน้า 8-15)

**ระยะเริ่มต้นรับรู้การติดเชื้อ** ระยะนี้ผู้ติดเชื้อจะมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้การติดเชื้อของตนว่าเป็นข่าวร้ายที่สำคัญที่สุดในชีวิตอย่างหนึ่ง ก่อความรู้สึกสูญเสีย จะทำให้ ผู้ติดเชื้อเกิดการช็อค ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ความจริงที่สะเทือนใจอย่างรุนแรงและกระหันทันเกินไปได้

เกิดการปรับใจไม่ทัน อาจแสดงออกได้หลายอย่าง เช่น นิ่งอึ้ง เป็นลม แสดงอารมณ์โกรธหรือเศร้า อย่างรุนแรงและ ปฏิเสธความจริง ไม่ยอมรับว่าตนเกี่ยวข้องอยู่ หรือไม่ยอมรับว่าเป็นเรื่องของตนเอง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความกลัวที่จะเผชิญผลที่เกิดขึ้นต่อตนเองและยังไม่พร้อมที่จะแก้ไข หรือเกิดความอายที่ผู้อื่นอาจรู้แล้วแสดงความรังเกียจ หรือไม่ยอมรับ หรือเกิดความรู้สึกผิดต่อสิ่งที่ได้กระทำลงไปแล้ว โดยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองได้ หรือรู้สึกท้อแท้ต่อการไม่มีโอกาสหรือมีเวลาให้เตรียมตัวเตรียมใจและต่อมากจะมีความรู้สึกโกรธที่ตนเองจำเป็นต้องยอมรับความจริง เพราะไม่อาจปฏิเสธได้เนื่องจากเหตุผลแวดล้อม ยืนยัน ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในระยะนี้ อาจแสดงความไม่พอใจออกมา เช่น ไม่ร่วมมือ ไม่รับฟัง ก้าวร้าว ไม่พูด ไม่สบตา ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องรับผองคลายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้ระบายความรู้สึกออกมาให้มากที่สุด ยังไม่ควรรีบร้อนที่จะดำเนินการเรื่องอื่นในขณะที่ยังมีอารมณ์โกรธ ในระยะต่อมาผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีการต่อรอง ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ติดเชื้อปฏิเสธความจริงในระดับที่ไม่รุนแรง ไม่ได้ปฏิเสธความเกี่ยวข้อง หรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากแต่ปฏิเสธการยืนยันความจริงในระดับเทคนิค เช่น ยอมรับว่าตนมีความเสี่ยงอยู่บ้าง แต่เชื่อว่าการตรวจเลือดอาจจะมีโอกาสผิดพลาดได้ อาจแสดงออกโดยการสอบถามความน่าเชื่อถือของการตรวจแต่ละชนิด สอบถามโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดของกระบวนการตรวจ บางคนอาจเปลี่ยนที่ตรวจไปเรื่อยหรือตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก หลังจากนั้นผู้ติดเชื้อจะเข้าสู่ระยะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ความจริงมากขึ้น ยอมรับว่าเกี่ยวข้องกับตนเอง แต่อาจรู้สึกหมดหวังในการแก้ไข รู้สึกท้อแท้ที่ไม่มีเวลามากพอ หรือไม่รู้ว่าจะทำให้คนรอบข้างยอมรับได้หรือไม่ อย่างไร มักแสดงออกโดยการเก็บตัว อ่อนเพลีย ทำงานไม่ไหว เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดเร็ว ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว หลงลืมง่าย บางรายอาจคิดทำร้ายตนเอง และในระยะต่อมากจะเริ่มมีการยอมรับ ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่ผู้ติดเชื้อยอมรับความจริง จนสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อาจเนื่องมาจากมีระยะเวลาอันพอ จนทำให้สามารถปรับตัวได้ มักแสดงออกในลักษณะที่อารมณ์ต่างๆ สงบลง สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

**ระยะเรื้อรังปลอดภัย** ระยะนี้เป็นเวลาที่มีความยาวนานหลายปี ไม่มี ความแน่นอนในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ปฏิบัติทางจิตใจของผู้ติดเชื้อจะเกิดความไม่ไว้วางใจ เนื่องจากต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนหลายอย่าง ได้แก่ ไม่แน่ใจในการเปลี่ยนแปลงของโรคในระยะต่างๆ ว่าเป็นอย่างไร ทุกข์ทรมานแค่ไหน คนรอบข้างจะยอมรับหรือรังเกียจเกิดความอับอายและความสงสัย เนื่องจากสิ่งที่ได้ทำลงไปอาจเป็นพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ กลัวการถูกเปิดเผยความลับ อับอาย มีความรู้สึกผิด เนื่องจากอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งจากสิ่งที่ไม่พอใจ เช่น ตำนานตัวเองที่มีพฤติกรรมเสี่ยง การที่ไม่ได้มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวหรือคนใกล้ชิดเท่าที่ควร เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่า เนื่องจากปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะความรู้สึกต่างๆ นั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ยากต้องอาศัยเวลานาน มีความรู้สึกเปลี่ยนแปลงระหว่างความรู้สึกด้อยคุณค่าและมีคุณค่า กลับไปกลับมาได้บ่อยๆ ในช่วงที่มีความรู้สึกด้อยค่า มักคิดว่าตนเองเป็นคนอ่อนแอ ใจ ด้อยกว่าผู้อื่น โดยเฉพาะเมื่อถูกผู้อื่นย้ำถึงความอ่อนแอนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก

**ระยะสุดท้ายของชีวิต** เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีอาการทางกาย ค่อนข้างมากการพึ่งตนเองจะทำได้น้อยตามลำดับ อาการที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเวลาที่เหลืออยู่สั้นลง ปัญหาส่วนใหญ่จึงเป็นความรู้สึกขัดแย้งต่างๆ ที่มีต่อบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ รู้สึกสองฝักสองฝ่าย ระยะนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกอยากใกล้ชิดกับญาติให้มากๆ เพราะรู้สึกเวลาเหลือน้อยลงแล้ว อยากใช้เวลาให้มีค่ามากที่สุด แต่ก็รู้สึกตนเองน่ารังเกียจบ้าง ไม่อยู่ในสภาพที่น่าดูเหมือนปกติ กลัวว่าจะเกิดความรู้สึกผูกพันจนทำใจไม่ได้ จะทำให้ทั้งสองฝ่ายทุกข์ทรมานมากขึ้นรู้สึกห่างเหิน ผู้ป่วยบางรายทนไม่ได้ที่จะเห็นญาติเป็นทุกข์ ทนไม่ได้ที่จะเห็นใครมาสงสาร ทนไม่ได้ที่จะให้ใครเห็นความทุกข์ทรมานของตน อาจพยายามโดดเดี่ยวตัวเอง ไม่ยอมให้ใครมาเยี่ยม ในขณะที่เดียวกันความห่างเหินกับคนที่ผูกพันใกล้ชิด ทำให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการเห็นคนที่ตนรักมีความเสียใจลงไปได้ รู้สึกหมกมุ่นกับตนเอง เมื่อญาติไม่ได้มาเยี่ยม ด้วยเหตุจากตัวผู้ป่วยหรือจากตัวญาติก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นครุ่นคิดถึงตนเองในลักษณะต่างๆ เช่น ญาติคงเบื่อหน่ายเต็มที ตนคงไม่มีใครรักเหมือนแต่ก่อน ไม่มีใครอยากยุ่งกับตน ความคิดที่มองเห็นตนเองไร้ค่า มองอนาคตมืดมนรู้สึกสิ้นหวัง เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยนึกถึงอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่ไม่น่าพอใจ ไม่ถูกใจ รู้สึกหมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้น ไม่มีเวลาพอที่จะทำอะไรที่ตนเองต้องการได้อีก ปล่อยชีวิตไปตามยถากรรม

### 7.3 ผลกระทบต่อครอบครัว

เอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดกับประชากร ซึ่งกำลังเป็นวัยทำงาน และควรจะเป็นผู้รับผิดชอบครอบครัว แต่กลับต้องมาเป็นผู้สร้างภาระให้กับครอบครัว จึงก่อให้เกิดผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อครอบครัวของผู้ติดเชื้อ ประกอบกับเอดส์เป็นโรคที่ถูกสังคมรังเกียจและตีตรา ทำให้ครอบครัวและชุมชนที่ผู้ป่วยเอดส์อยู่ต้องเผชิญกับความกดดันและความตึงเครียดทางจิตใจ และอาจนำไปสู่การล่มสลายของครอบครัว ที่ไม่อาจรับมือกับผลกระทบนี้ได้ (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2537 อ้างอิงใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน, หน้า 177) และจากการศึกษาของ นริศรา ครสาคู (2543, หน้า 177-180) ในเรื่องประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ของภรรยา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ทำให้ร่างกายทรุดโทรมลง ไม่ได้ดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีเวลาเป็นของ

ตัวเอง ผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนของโรคเอดส์ กลัวความเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์จะเกิดขึ้นกับตนเอง กลัวลูกจะติดเชื้อและกลัวไม่มีคนดูแล เมื่อตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์

#### 7.4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

เอดส์เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสียที่เกิดขึ้นมีทั้งการสูญเสียโดยตรงจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การขาดงาน ขาดรายได้ มีความยากลำบากในการหาหน่วยงานสนับสนุนของรัฐ (นริศรา ครุสาคร, 2543, หน้า 181- 185) การศึกษาเรื่องการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้วิจัยพบว่าปัญหาที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญ คือปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ค่าใช้จ่าย ซึ่งเป็นปัญหาหลักสำหรับผู้ติดเชื้อในระยะที่เจ็บป่วย ผู้ติดเชื้อทุกรายจะพยายามแสวงหาการรักษาเยียวยา เพราะความรักชีวิตและการแสวงหาการรักษาก็ต้องใช้เงิน ขณะเดียวกันก็ไม่ได้ทำงาน รายได้ก็หยุดไปในขณะที่รายจ่ายเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อมักจะส่งผลกระทบต่อรายได้รายจ่ายของครอบครัวเสมอ เพราะผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานหรือไม่ก็เป็นหัวหน้าครอบครัว (บังอร ศิริโรจน์ และคณะ, 2537) และผู้ที่ได้รับผลกระทบสูงสุด ได้แก่ ผู้หญิงทั้งจากการเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสามีและผลกระทบจากการต้องเป็นผู้ดูแลผู้ติดเชื้อคือสามี นอกจากนี้เอดส์ยังทำให้เกิดการตายของเด็กเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ ส่วนเด็กที่รอดจากการติดเชื้อก็จะต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า เมื่อพ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ อีกส่วนหนึ่งต้องกลายเป็นเด็กเร่ร่อน ไม่มีผู้ดูแลหรือขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม ทำให้กลายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม การดูแลเด็กต้องตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากจะขาดคนที่พึ่งพิงได้แล้ว ยังต้องแบกรับภาระอย่างหนัก ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเลวลง (ศิริวรรณ ไกรสุรพงษ์, 2537, อ้างอิงใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน, 2541, หน้า 179)

#### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

##### 1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งในนโยบายด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งนับวันจะมีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์อย่างหนึ่งของการบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่ดูแลได้ยากลำบาก เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยเอดส์ และเป็นเครื่องชี้วัดอย่างหนึ่งที่สามารถบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของบุคคล เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ทวีรัสมิ์ ธนาคม (2532, หน้า 212-215) กล่าวถึง คุณภาพชีวิตไว้ว่า คือคุณสมบัติของชีวิตที่เป็นอยู่ดี หมายถึง องค์ประกอบและลักษณะต่างๆ ที่แสดงถึงสภาพของชีวิตที่ดำรงอยู่ด้วยดี เป็นส่วนร่วมที่เกื้อกูลซึ่งกันและกันกับสังคมและธรรมชาติแวดล้อม (คือ ทั้งสามารถรับเอาประโยชน์จากสังคมและธรรมชาติแวดล้อม และเอื้อประโยชน์แก่สังคมและธรรมชาติแวดล้อม) สามารถพัฒนาตนเองให้เจริญงอกงาม สุขความสันติสุขอิสรภาพและเอื้อประโยชน์จากสังคมและธรรมชาติ ส่วนองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993 อ้างอิงในวัลลภา ครุฑแก้ว, 2540) และ ยูรานิ์ สุขวิญญานัน (2549) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) หรือลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลเป็นภาวะปกติสุข (Well being) ความสุข (Happiness) หรือลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล นอกจากนี้ศรัทธน์ ศิลปเดช (2540, หน้า 65) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึง สภาพการดำรงชีวิตที่บุคคลเกิดความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ อันเนื่อง มาจากการได้รับการตอบสนองของความต้องการในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอและเหมาะสม

## 2. องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษา

Ferrel, et al. (1996, pp. 906-916) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ

Bruckhardt (1982, unpagged) ประเมินคุณภาพชีวิตจาก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้สึกรื่นรมย์ในการดำเนินชีวิต มีความสุขและความพึงพอใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความตั้งใจและความคงทนในการดำเนินชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายยอมรับในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อึดมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง บทบาทการพึ่งพาและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการมีความรู้สึกเบิกบานมีอารมณ์เป็นสุขและการมองโรคในแง่ดี

องค์การอนามัยโลก (WHO, อ้างอิงใน วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540) สรุปองค์ประกอบชีวิตมี 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวด

ทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยกัน หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ถึงทิศทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกลึกซึ้งภายในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง การรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรคด้านสัมพันธภาพกับสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

นางเยาว์ ธาธาศรีสุทธิ (2523, หน้า 134) จำแนกองค์ประกอบสำคัญของคนที่มีความหมายชีวิตที่ดีไว้ว่าควรมีลักษณะดังนี้ 1) เป็นคนที่มีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี 2) สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ 3) เป็นคนมีคุณธรรม จริยธรรม มโนธรรมและศีลธรรมสูง 4) เป็นคนมีสุขภาพจิตดี 5) เป็นคนมีการศึกษา 6) มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่แยจจนเกินไป 7) อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจตลอดจนทรัพย์สิน 8) ปฏิบัติตามประเพณี วัฒนธรรมและหน้าที่ของสังคม 9) สามารถดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนประสงค์ ด้วยวิธีที่ชอบธรรมและประหยัด 10) รู้จักใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างประหยัดและถูกต้อง 11) สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ 12) สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ภายหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ 13) มีความเชื่อเพื่อเพื่อน 14) มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง 15) เป็นคนที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ 16) มีอุดมคติและอุดมการณ์ในการ

และไม่ขัดต่อสังคม 17) รู้จักสิทธิหน้าที่และปฏิบัติตามบรรทัดฐานทางสังคม 18) ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสังคม

### 3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต

Raeburn and Rootman (1996, pp. 20-23) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด หรือ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต และสภาพหรือปัจจัยที่สามารถลดผลกระทบของปัจจัยข้างต้น โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยแต่ละประเภท ดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็นระดับมหภาค (Macro) และระดับที่ใกล้ตัว (immediate) สิ่งแวดล้อมระดับมหภาคเกี่ยวข้องกับคำต่อไปนี้ คือ โลกเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และชาติ สิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัว เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ที่ทำงาน โรงเรียน บ้าน สมาคมในชุมชน เป็นต้น ดังที่ มยุรี จารุภาณ (2526, หน้า 20) และบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ (2528, หน้า 209) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากอย่างหนึ่งก็คือ พื้นฐานที่ได้รับมาจากครอบครัว คือ เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา วัยเด็ก การอบรมเลี้ยงดู การปลูกฝังเจตคติคุณธรรมที่ดี และการให้การศึกษาเป็นต้น เพื่อให้เติบโตขึ้นมาเป็นผู้มีคุณธรรม มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพ มีความคิดและพฤติกรรมเป็นที่ยอมรับของสังคม ใฝ่หาความก้าวหน้าในชีวิต และสามารถสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพในสังคมต่อไป หลังจากพ้นวัยทารก เข้าสู่วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ อิทธิพลในการพัฒนาขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมภายใน ครอบครัว สังคมของเพื่อน เพื่อนบ้าน และสังคมภายนอก ซึ่งเป็นสังคมใหญ่ขึ้นเป็นลำดับ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมสังคมที่ดี มีปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวข้องกับความจำเป็น และความต้องการจะทำให้ประชากรมีคุณภาพที่ดี

3.2 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ลักษณะทางด้านร่างกาย สมอ และ พฤติกรรมที่ปรากฏตามพันธุกรรม ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย อุบัติเหตุ และอื่นๆ ค่อนข้างเป็น ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตวิทยาซึ่งเกี่ยวข้องกับนิสัย ความรู้ความเข้าใจ (Cognition) อารมณ์ การรับรู้และประสบการณ์ ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะวิถีทางที่บุคคลที่ จัดการหรือเผชิญกับสิ่งต่างๆ และอาจเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้ก็ได้

4. ปัจจัยที่ลดผลกระทบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความรู้ดีกว่า สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ การมีโอกาส แหล่งประโยชน์ ระบบสนับสนุน ทักษะในการเผชิญ กับสถานการณ์ เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ความเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงของ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคลที่กล่าวมาแล้ว ไม่ได้มีอิทธิพลต่อ



คุณภาพชีวิตอย่างบริสุทธิ์ แต่ผลที่เกิดขึ้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวและปัจจัยอื่นที่ลดผลกระทบของปัจจัยข้างต้นได้

นิศารัตน์ ศิลปะเดช (2540, หน้า 115-127) ได้นำเสนอปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและสังคม ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ปัจจัยด้านประชากร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะการเลี้ยงดู ภาวะการออม และการลงทุน การบริหารทางการแพทย์ และสาธารณสุข ภาวะการจ้างงาน และผลิตภาพของแรงงาน 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในด้านการผลิตสิ่งจำเป็นต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชากร ดังนั้นจึงต้องพิจารณาถึงการประกอบกิจการ เพื่อให้เกิดผลผลิตต่างๆ และนำไปสู่การมีรายได้ อันจะสามารถนำไปจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต 3) ปัจจัยด้านการเมือง การปกครอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ของประชากรในสังคมเป็นอย่างยิ่ง เพราะการเมือง หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรร หรือแบ่งปันสิ่งที่มีคุณค่าเพื่อสังคมส่วนรวม การจัดสรรแบ่งปันสิ่งมีค่าต่างๆ ดังกล่าวอาจมีลักษณะเป็นทางการก็ได้ ดังนั้นจึงอาจตกอยู่ในกำมือของบุคคลคนเดียว หรือบุคคลหลายคน ความเป็นอยู่ของผู้คนในสังคมที่มีระบบการปกครองที่ต่างกัน ย่อมมีลักษณะและระดับของคุณภาพชีวิตที่ต่างกันด้วย 4) ปัจจัยด้านการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมและพัฒนาคุณภาพประชาชน เพราะการศึกษา หมายถึง กระบวนการทุกชนิดที่ช่วยพัฒนา หรือปรับปรุงจิตใจ อุบนิสัยและคุณสมบัติทางกายภาพต่างๆ ของมนุษย์ให้ดีขึ้น 5) ปัจจัยด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการดำรงคุณภาพชีวิตหลายลักษณะ เป็นต้นว่า สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ ได้แก่ สภาพของที่ตั้งและขนาดของอาณาเขต เป็นปัจจัยเบื้องต้นที่จะทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรมีลักษณะอย่างไร จะมีชีวิตอยู่รอดได้อย่างดีหรือลำบากยากเข็ญ ปัจจัยด้านคุณธรรม จริยธรรม เป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ในด้านต่างๆ ที่ตัดสินได้ โดยความดี ความชั่ว ความถูกต้อง ความผิด บุญและบาป เพราะพฤติกรรมของสมาชิกจะส่งผลต่อความสงบสุขของสังคม 6) ปัจจัยด้านสังคม คือ กลุ่มที่อยู่รวมกันในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง โดยมีระบบความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่คนในกลุ่มยอมรับร่วมกัน และใช้เป็นตัวควบคุมพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก ดังนั้น การแสดงพฤติกรรมในด้านต่างๆ ของสมาชิกจึงเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน



## แนวคิดเรื่องการจัดการตนเอง

### 1. ความหมายการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการจัดการตนเอง พบว่า ปัญหาที่สำคัญ คือ ยังไม่มีผู้ให้คำนิยามและแนวคิดที่ชัดเจน ปัจจุบันมีหลายหลากวิชาชีพด้านสุขภาพได้มีการนำการจัดการตนเองลงสู่การปฏิบัติ เช่น ทางการพยาบาล ทางการแพทย์ ด้านการฟื้นฟูกายภาพบำบัด ด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตศึกษา จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่า การจัดการตนเอง (Self management) ที่ครอบคลุมทั้งหมด ที่นำมาใช้ในปัจจุบันจึงยังไม่มีที่แน่นอนและชัดเจน มีการใช้คำเรียกที่หลากหลาย เช่น การจัดการตนเอง (Self management) การดูแลตนเอง (Self care) หรือ การจัดการดูแลตนเอง (Self-care management) การจัดการกับความเจ็บป่วย (Illness management) (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2542) อย่างไรก็ตามการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น Miller (1992, p. 20) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการกับความเจ็บป่วย คือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีผลต่อบุคคล เพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบาย เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกขมขื่นและความรู้สึกผิด ปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่ สบายเหล่านี้ มิลเลอร์ได้อธิบายภาระที่ต้องจัดการ (Coping Task) ไว้ว่าภาระที่ต้องจัดการอันเกิดจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น การจัดการกับความเจ็บปวด การผ่าตัด ความตาย ส่วนภาระที่ต้องจัดการอันเกิดจากสิ่งเร้าภายในอันเป็นปรากฏการณ์ทางจิต เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่และความโกรธ และการจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา การจัดการด้านร่างกายและด้านจิตสังคม และเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Barlow, et al., 2002 อ้างอิงใน ชุตินธร เรียงแพง, 2548) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ จัดการเพื่อให้ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด การจัดการตนเองสามารถติดตามภาวะเจ็บป่วยของตนเอง มีกระบวนการรู้คิด มีการตอบสนองที่จำเป็นต่อพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรและต่อเนื่องของการควบคุมตนเอง (Self-regulation) การจัดการตนเอง จึงเป็นการกระทำโดยบุคคลในการควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยตนเอง รวมถึงเป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพหรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น (Creer, 2000; Dilorio, Faherty, and Manteuffel, 1994 อ้างอิงใน ชุตินธร เรียงแพง, 2545)

## 2. องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

องค์ประกอบของการจัดการตนเอง คานเฟอร์ (Kanfer as cited in Nakagawa-Kongan, and Betrus, 1984 อ้างอิงในชุตินธร เรียนแพง, 2548) กล่าวไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ใช้พฤติกรรมควบคุมตนเอง (Self-regulatory behavior) ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการนี้ประกอบไปด้วยระยะการติดตามตนเองหรือการสังเกตตนเอง สร้างเป้าหมายและตัววัดความสำเร็จ ส่งเสริมการตระหนักรู้ด้วยตนเอง (Self-awareness) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และสร้างการเสริมแรงตนเองโดยให้รางวัลเมื่อสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองได้ การติดตามตนเองเป็นพื้นฐานของการจัดการตนเอง การติดตามตนเองทำให้ทราบลักษณะปกติของบุคคล และทำให้มีความตระหนักรู้ (Awareness) อย่างสม่ำเสมอ การมีความตระหนักรู้ต่อความปกติ (Baseline) ของอาการเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบได้

## 3. วิธีปฏิบัติตามแนวคิดการจัดการตนเอง

สำหรับกระบวนการจัดการตนเองมีความแตกต่างกันตามวิธีแบ่งวิธีการปฏิบัติตามแนวคิดของการจัดการตนเองของคานเฟอร์ (Kanfer, 1975 อ้างอิงใน ชุตินธร เรียนแพง, 2548) ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้ป่วยสังเกตและบันทึกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการเหล่านี้ บางกระบวนการหรือทุกกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการพฤติกรรม (Behavioural) กระบวนการสังคม-สิ่งแวดล้อม (Environment-social) กระบวนการรู้คิด (Cognitive) และกระบวนการทางร่างกาย (Physiological) ซึ่งกระบวนการเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดูแลตนเอง การกำกับตนเอง (Self-instruction) คือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยให้กับตนเองเพื่อกำกับ เพิ่ม คงไว้หรือลดการตอบสนองที่เหมาะสมและมีการกระตุ้นตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Self-induced responses change) เกิดการกระทำเพื่อตอบสนองการเปลี่ยนแปลง คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นการเสริมแรงหรือการลงโทษ ซึ่งเป็นการตอบสนองที่มีผลต่อสุขภาพ การผ่อนคลายเป็นตัวอย่างของทักษะที่ให้ความหมายของการควบคุมร่างกายที่เป็นการจัดการกับอาการ การตัดสินใจ (Decision) คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันซึ่งการตัดสินใจเป็นส่วนที่สำคัญของการจัดการตนเอง

วิธีการปฏิบัติตามแนวคิดของการจัดการตนเองของเคียร์ (Creer, 2000 อ้างอิงในชุตินธร เรียนแพง, 2548) ได้แก่ การเลือกเป้าหมาย (Goal selecting) บุคคลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้ข้อมูล การสอนทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพและความผาสุกเพื่อการตั้งเป้าหมายเป็นกิจกรรมที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลทางด้านสุขภาพ หลังจากการตั้งเป้าหมาย มีการอภิปรายการต่อรอง และสุดท้ายการพิจารณาตัดสินใจ



การรวบรวมข้อมูล (Information collection) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) หรือการสังเกตตนเองและการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง การติดตามตนเองเป็นพื้นฐานและมีความสำคัญในการจัดการตนเอง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายและเพื่อให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ การประมวลและประเมินข้อมูล (Information processing and evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Creer and Holroyd, as cited in Creer, 2000) ผู้ป่วยต้องสามารถเรียนรู้และประเมินว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้วสามารถตัดสินใจได้ การตัดสินใจ (Decision making) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการจัดการตนเอง หลังจากที่ผู้ป่วยจัดเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำ และประเมินผลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การลงมือปฏิบัติ (Action) เป็นการแสดงถึงความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เพื่อจัดการภาวะเรื้อรังทันที หาแหล่งช่วยเหลือ การวางแผนและแก้ปัญหา กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยวางแผนไว้เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การเสริมแรง (Reinforcement) การมีต้นแบบ (Modeling) และมีการสะท้อนกลับ (Self-reaction)

ผลการประเมินความสามารถของตนเอง มิลเลอร์ (Miller, 1992, pp. 27-23) ได้จำแนกภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง (Coping tasks) ออกเป็น 13 ด้าน ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน เป็นความพยายามของผู้ป่วยที่จะควบคุมอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย เพื่อที่จะไม่ทำให้การเจ็บป่วยสร้างปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น
2. การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครรลองชีวิต เพื่อควบคุมอาการและมีชีวิตอยู่อย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงนิสัย และกิจวัตรบางอย่างของตน รวมถึงการเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมใดๆ ที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น
3. การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นหัวใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การบรรลุถึงความต้องการดังกล่าว ขึ้นกับการปฏิบัติของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับอำนาจของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ศักยภาพในการควบคุมตนเอง หมายถึง การแสวงหาทักษะ ความรู้ และแรงจูงใจที่จำเป็นและยังรวมถึงการให้ความสนใจต่อสภาพร่างกาย การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ และการมีกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา รวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติ

4. การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก เมื่อความสามารถทางกายภาพลดลง พลังงาน และความสามารถในการที่จะมีกิจกรรมตามที่ตนต้องการก็สูญเสียไปด้วย การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกสำหรับผู้ป่วยแล้วจึงเป็นภาระการจัดการที่สำคัญ ผู้ป่วยจะต้องไม่ยอมจำนนต่อความพิการหรือความเจ็บป่วย เพื่อนำไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงศักยภาพของตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจเป็นสาเหตุของการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วย เนื่องจากหมดกำลัง สภาพอ่อนเพลีย จนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้ดีดังเดิม หรือมีอัตมโนทัศน์ในตนไม่ดี ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ผู้ป่วยอาจต้องปรับตัวด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับคนกลุ่มน้อย และคงไว้ที่จะรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของเขาไว้ได้

6. ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ซึ่งไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อความสูญเสียของความสามารถและหน้าที่ทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียการนับถือตนเอง บทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย

7. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาทโรคเรื้อรัง มีผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียและปรับเปลี่ยนบทบาทของตน เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม บทบาทในหน้าที่การงาน รวมถึงการลดบทบาทในการตัดสินใจ และมีส่วนร่วมในครอบครัว บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปสู่ฐานะผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ บทบาทในการดูแลตนเอง และเป็นผู้รับบริการในระบบการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างต่อเนื่องและต้องพยายามปรับตัวให้เข้าได้กับบทบาทใหม่ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดและรู้สึกสูญเสียคุณค่าของตนเอง

8. การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ควบคู่ไปกับกิจวัตรประจำวันต่างๆ บางครั้งจึง พบว่าผู้ป่วยอาจมีความลำบากใจต่อการรักษาที่ยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในการปฏิบัติ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงไว้ ซึ่งพฤติกรรมของการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงมีความสำคัญมาก

9. การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนอาจคิดว่าเวลาของชีวิตมีเหลือน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข คือ บุคคลที่มีความคิดในทางบวกว่าเวลาที่เหลืออยู่จะต้องใช้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

10. การเผชิญกับการตีตราทางสังคม ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องประสบและปรับตัวต่อการถูกมองจากบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ อายหรือโกรธ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องควบคุมอารมณ์ตนเอง เมื่อเผชิญกับพฤติกรรมของคนในสังคมในลักษณะดังกล่าว

11. ความพยายามในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย ความไม่สุขสบายทางกายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้ตนเองสามารถจัดการกับความไม่สุขสบายทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

12. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตน ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่แวดล้อมตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัด หากผู้ป่วยสามารถที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างมั่นใจและมีความรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้จะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาล

13. การคงไว้ซึ่งความหวัง การที่ผู้ป่วยต้องประสบความยุ่งยากจากความไม่แน่นอนหรือการลุกลามของพยาธิสภาพของการเกิดโรค มีผลทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวังในการที่จะควบคุมหรือจัดการกับผลกระทบ อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความหวังเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความยุ่งยากที่เกิดขึ้น เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวทั้งที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการตนเอง (Self-management) จึงเป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัต ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรัง ต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต เพื่อให้ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ (Morbidity) อัตราตาย ลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

#### 4. ปัจจัยและคุณสมบัติที่มีผลต่อการจัดการตนเอง

ดวงกมล วัตราดุล และปานจันทร์ ฐานกุลศักดิ์ (2546) รายงานว่าความสามารถและคุณสมบัติบางประการ เช่น อายุ งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพราะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและช่วงอายุใกล้เคียงกัน ส่วนความแตกต่างทางเพศ พบว่า เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ชาย ส่วนฐานะทางเศรษฐกิจ นับเป็นปัจจัยสำคัญในการเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการแสวงหาสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่า รายได้ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองหรือความพร้อมในการดูแลตนเอง ส่วนคุณสมบัติพื้นฐานด้านการศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะในการดูแลตนเองการศึกษา

ช่วยให้บุคคลสามารถคิดพิจารณา ไตร่ตรอง เข้าใจ สนใจศึกษา ค้นคว้าแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากการวิจัยในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งข้อสรุปนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะเวลาของการรับรู้ การติดเชื้อและเป็นโรคเอดส์ จากงานวิจัยยังไม่ได้ข้อสรุปชัดเจน เนื่องจากบางงานวิจัย พบว่า ระยะเวลาของการติดเชื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่บางงานวิจัยพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะมีเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่า การดูแลตนเองจะเคร่งครัดในระยะแรกๆ ที่รู้ว่าติดเชื้อเอดส์ แต่เมื่อเวลาผ่านไปจะไม่ให้ความเอาใจใส่เคร่งครัด และไม่ให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง และยังมีปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ซึ่งสถานภาพสมรส และความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย เป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง จากงานวิจัยส่วนใหญ่ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สถานภาพความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในฐานะบุคคลในครอบครัว เช่น บทบาท บิดา มารดา ผู้ให้การดูแล บุตร สามี ภรรยา มีส่วนกระตุ้นและสร้างความหวังและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

##### 5. แนวคิดเรื่องการจัดการตนเองอย่างมีคุณภาพ

Orem (1991 อ้างอิงใน ดวงกมล วัตราดุล และปานจันทร์ สุภาพนกุลศักดิ์, 2546)

ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ เพราะส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมของประเทศ คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ และบุคคลที่มีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกาย สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้โดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด เพราะเมื่อผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตทั้งร่างกาย และจิตใจ สังคม มีความคิดริเริ่มตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายและคงกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดการกับอาการถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย และหากมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็ต้องมีการจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ เพื่อให้ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด เพื่อคงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ (Morbidity) อัตราตาย และลดอัตราการกลับเข้า

พักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนรักษาและส่งเสริมความผาสุกในชีวิต การจัดการตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต ซึ่งผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลหนึ่งที่อยู่ในครอบครัวในชุมชน ที่มีลักษณะการดำรงชีวิตและประสบปัญหา ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกัน การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการชีวิตตนเองอย่างมีคุณภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์เกิดความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการจัดการตนเองอย่างมีคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และทำการคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่มีการจัดการตนเองได้อย่างมีคุณภาพโดยใช้เครื่องมือวัดตามแนวขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545, หน้า 71-79) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่า คุณภาพชีวิตซึ่งเป็นการประเมินค่าที่จิตวิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริบททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพสิ่งแวดล้อม เน้นไปที่การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ตอบ มากกว่าจะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่างๆ แต่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นผลมาจากการจัดการตนเอง

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ มีดังต่อไปนี้

##### งานวิจัยในประเทศ

บังอร ศิริโรจน์ (2537, หน้า 190-195) ศึกษาการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายที่ติดเชื้อเอดส์พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ มีการจัดการกับการเผชิญปัญหาและการปรับตัวหลังรับรู้การติดเชื้อแบ่งเป็น 4 ระยะได้แก่ ระยะที่หนึ่ง เป็นระยะวิกฤติทางอารมณ์ หลังจากได้รับแจ้งว่าติดเชื้อเอดส์ ผู้ติดเชื้อจะเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวลอย่างรุนแรง การปรับตัวในระยะนี้ได้แก่ พยายามลดหรือเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ การรักษาสุขภาพตนเอง บางรายเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับผู้ที่ตนเองไว้ใจ และพยายามตั้งเป้าหมายชีวิตที่จะทำให้สำเร็จในช่วงชีวิตที่เหลือเพื่อชีวิตที่มีคุณค่าและใช้เวลาไม่นานเป็นเดือนกว่าจะผ่านเข้าสู่ระยะที่สองซึ่งเป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด มีรูปแบบการปรับตัวได้แก่ การปรับจิตใจให้ยอมรับการติดเชื้อของตนเอง สร้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การดูแลสุขภาพตนเอง ลดความสนใจข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อลดความสะเทือนใจ เมื่อปรับความรู้สึกนึกคิดได้ระดับหนึ่งแล้วผู้ติดเชื้อจะปรับตัวเข้าสู่ระยะที่สาม คือสามารถดำเนินชีวิตในสภาพผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งผู้ติดเชื้อจะมีการเรียนรู้ที่จะอยู่กับการติดเชื้อตามวิถีของตนเอง มีรูปแบบการปรับตัวได้แก่ ไม่ตั้งความหวังหรือคิดเรื่องอนาคต



พยายามลืมเรื่องการติดเชื้อ มีการดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่จะทำได้ แสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเอง แยกตัวออกจากสังคม บางรายหันกลับไปสู่วิถีชีวิตเดิมเนื่องจากรู้สึกไม่มั่นคงและไม่มีความหวังในชีวิต และระยะที่สี่คือ การเผชิญปัญหาในระยะสุดท้ายของชีวิตพบว่า ผู้ที่ยอมรับการเจ็บป่วยและมีการปรับตัวได้ดีมาตลอดและมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีจะเผชิญวาระนี้ด้วยความเข้าใจยอมรับอย่างสงบ

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2537, หน้า 29) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นสิ่งที่มีมักจะกระทำเสมอ ได้แก่ การตรวจสอบและประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับเอดส์หรือไม่ ซึ่งอาการที่ฟ้องว่าตนติดเชื้อเอดส์ ได้แก่ ผอม น้ำหนักลดมาก และมีตุ่มขึ้นตามผิวหนัง บริเวณใบหน้า และแขนขา และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกบอกกับคนที่คิดว่าจะยอมรับได้ และไม่แสดงความรังเกียจ เช่น แม่ พ่อ แต่ปกปิดกับคนอื่นที่อยู่นอกครอบครัว

ถวิล สังขมณี (2543, หน้า 115) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเปิดเผยตนเองแก่บุคคลในครอบครัว ซึ่งหมายถึง ผู้ติดเชื้อมีความมั่นคงทางอารมณ์ เพราะมีผู้ที่คอยให้กำลังใจและสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิต และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูงสุด คือ การได้รับความอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย และไม่ถูกทอดทิ้งจากบุคคลใกล้ชิด และสิ่งที่ผู้ติดเชื้อมีความต้องการสนับสนุนในระดับสูงสุด คือ การยอมรับและเห็นอกเห็นใจไม่รังเกียจจากสังคม

ดารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธ์ (2545) ศึกษาพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษามีวิธีการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง คือ การจัดการเจ็บป่วยตามแผนการรักษา และคำแนะนำที่ได้รับ การจัดการเจ็บป่วยโดยการแสวงหาความรู้ ทักษะและการรักษาทางเลือก และการดูแลสุขภาพตนเอง

อัจฉรา สุคนธทรัพย์, ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู และรัตนาวดี ซอนตะวัน (2545) ศึกษาการจัดการชีวิตประจำวันของคนไทยที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่างด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิตและพฤติกรรมและด้านสังคม พบว่า คนไทยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะอัมพาตท่อนล่าง มีการจัดการกับสถานการณ์อย่างเต็มที่และได้ผลตามมา ที่ยังคงมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ในด้านบวกผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงความสงบทางใจ มีกำลังใจ ความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รู้สึกตนเองมีค่า มีความหวัง มีความพึงพอใจในสิ่งที่มี บรรลุเป้าหมายชีวิตใหม่



ประกอบด้วย การมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเป็นอิสระ มีความรับผิดชอบและมีความหมายต่อผู้อื่น มีความเป็นอยู่ดีขึ้น และยังคงรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคม ในด้านลบ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีคุณค่าในตัวเองต่ำลง ความรู้สึกว่าตนไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น มีสมรรถภาพในการทำงานลดลง และมีการลดลงของการเข้าสังคม ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลอยู่ระหว่างการปรับตัว บางช่วงเวลาบริบทสังคมและวัฒนธรรมไม่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถปรับตัวได้ดี รวมทั้งความไม่แน่นอนของแหล่งประโยชน์และโอกาสแข่งขันในสังคม จึงทำให้ผลของการจัดการภาวะอัมพาตท่อนล่างได้ผลลบ

ลินินาญ บ่อมเย็น (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการหายใจลำบากมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการกับอาการหายใจลำบากอย่างมีนัยสำคัญ

ชุตินธร ธียมแพง (2548) ได้ศึกษาถึงระดับการจัดการตนเอง ความผาสุก และความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและความผาสุก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูงและการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 ( $r = .348$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงจะมีความผาสุกในระดับที่เหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างที่มีการจัดการตนเองในระดับต่ำจะมีความผาสุกในระดับที่ต่ำ

สุดจิตร์ แก้วมณี (2549, หน้า 49-50) ศึกษาอาการและการจัดการกับอาการของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการอยู่อย่างเปิดเผยเพื่อทำให้เพื่อนบ้านและสังคมยอมรับ โดยการทำประโยชน์ให้กับชุมชนและสังคม โดยการเป็นแกนนำและทำงานให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน

#### งานวิจัยต่างประเทศ

Gifford (1997) ได้ทำการศึกษา โดยการจัดโปรแกรมการจัดการตนเองทางบวกในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Positive Self Management Program for HIV) โดยการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองทางบวกสัปดาห์ละครั้งนาน 7 สัปดาห์ โดยจัดที่ศูนย์ผู้สูงอายุ โบถส์

ห้องสมุดและโรงพยาบาล เนื้อหาที่ทำการอบรม ได้แก่ 1) การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 2) เทคนิคการแก้ปัญหา และการจัดการกับอาการต่างๆ เช่น กลัว เจ็บปวด เหนื่อยล้าและแยกตัว 3) การออกกำลังกาย 4) การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับครอบครัวและผู้ให้บริการสุขภาพ 5) การจัดการโภชนาการ 6) การติดตามความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล 7) การประเมินตนเอง การประเมินการบำบัด การรักษาแบบทางเลือก และการรักษาแบบใหม่ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น

Sowell et al. (1997, pp. 56-70) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษา พบว่า วิธีการดูแลตนเองประกอบไปด้วย การสนใจในเรื่องอาหารและโภชนาการเป็นพิเศษ การไม่ใช้ยาในการรักษา การดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยการทำพิธีกรรมทางศาสนา วิธีการตระหนักรู้ ศึกษาหาความรู้ด้วยตัวเอง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

Foote- Ardah (2004, pp. 593-611) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดการกับการเจ็บป่วยโดยมีการจัดการกับอาการ การใช้ยา การจัดการเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก การทดลองใช้การแพทย์ทางเลือกที่ทำให้การดำเนินโรคดีขึ้น การเลือกใช้สูตรยาอย่างอิสระ การจัดการกับความรู้สึกเป็นตราบาป

Sukati et al. (2005, pp.185-192) ได้ศึกษา การจัดการกับอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทวีปแอฟริกาใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศบอสวาน่า, เลโซโท, แอฟริกาใต้และสวาซิแลนด์ จำนวน 743 ราย ผลการศึกษา พบว่าวิธีถูกนำมาใช้มากที่สุด คือ การจัดการเกี่ยวกับเรื่องยา รองลงมาได้แก่การแพทย์ทางเลือก การสนับสนุนและให้กำลังใจ การปรับเปลี่ยนเรื่องการรับประทานอาหาร การแสวงหาการช่วยเหลือ การออกกำลังกาย การดูแลเรื่องจิต วิญญาณ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามลำดับ



ภาพ 1 แนวคิดพื้นฐาน