

พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient

ณิศา แก้วแดง, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) *

Kanisorn Kaewdang, M.N.S. (Nursing Education) *

สุมาลี ราชนิยม, พย.บ. **

Sumalee Rachaniyom, B.N.S. **

ผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนปกติ และเป็นโรคที่สังคมรังเกียจ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาสุขภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ โดยคงความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ผลกระทบจากโรคเอดส์ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี (human immunodeficiency virus: HIV) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 สำนักกระบวนวิทยารายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์จากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557 รวมทั้งสิ้น 388,621 ราย และมีผู้เสียชีวิต 100,617 ราย พบมากในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.83 รองลงมาคือ อายุ 25-29 ปี ร้อยละ 24.97 (สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทั้งนี้ผู้ที่ติดเชื้อในระยะแรกจะเรียกว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

หากภูมิคุ้มกันถูกทำลายไปมาก ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรคปอด ปอดอักเสบ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ ติดเชื้อราในทางเดินอาหาร หรือเป็นมะเร็ง จะเรียกว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์

ปัจจุบัน การใช้วิธีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง (highly active antiretroviral therapy: HAART) สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดโรคอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีลงได้เป็นอย่างมาก (ภทธรณี ไตรสถิต และคณะ, 2555) ซึ่งประเทศไทยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 25 ปี โดยมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อมารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากยาต้านไวรัสเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตที่ยืนยาวและการยับยั้งการแพร่กระจายเชื้อ (Raiten, Mulligan, Papathakis, & Wanke, 2011)

ผลกระทบจากโรคเอดส์

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์จำนวนไม่น้อยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย มีผลกระทบดังนี้

1.1 มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

มักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ จากสาเหตุต่าง ๆ เช่น มีความเจ็บปวดในช่องปากและกลืนลำบากจากการติดเชื้อรา และสาเหตุด้านจิตใจ เช่น รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย การมีภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีอาการอ่อนเพลีย มีรูปร่างที่ผอมแห้ง จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีค่าดัชนีมวลกายต่ำ และพบว่าพลังงานที่ได้รับจากอาหารมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (Hillesheim, Lima, Silva, & Trindade, 2014)

1.2 แบบแผนการขับถ่ายเปลี่ยนแปลง เช่น มีภาวะอุจจาระร่วงเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินอาหาร บางรายอาจมีอุจจาระเป็นมูกเลือด หรืออุจจาระเป็นน้ำ จากการศึกษาพบว่าภาวะอุจจาระร่วงเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตายในผู้ป่วยเอดส์ (Wanyiri et al., 2013) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์อาจมีภาวะท้องผูก ซึ่งเกิดจากการอุดตันของลำไส้จากมะเร็ง แคปซิซาร์โคมา ร่วมกับการได้รับน้ำในปริมาณน้อย

1.3 ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระยะเวลาการดำเนินโรคนานขึ้น ผู้ป่วยเอดส์จะยิ่งดูแลตนเองได้น้อยลง ซึ่งความแปรปรวนด้านการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ (Sandoval, Roddey, Giordano, Mitchell, & Kelley, 2014) ทั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งสาเหตุสำคัญคือ การไม่ยอมรับในการเจ็บป่วย ทำให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาสมีการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองโดยภาพรวมเพียงแค่ระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง โดยพบว่าการรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธุ์กักดี, 2558) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยเอดส์มีความต้องการการดูแลตนเองในระดับมาก จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงนั้น อาจเนื่องมาจากมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงจากภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง

เช่น ไม่ทราบว่าจะต้องหลีกเลี่ยงอาหารประเภทใดบ้าง

1.4 แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง โดยผู้ป่วยเอดส์มักมีอาการนอนไม่หลับ หรือพักผ่อนได้ไม่เพียงพอ ปัญหาการนอนเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ (Sandoval et al., 2014) ซึ่งมีสาเหตุที่แตกต่างกันไป สาเหตุทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะเครียด ส่วนสาเหตุทางกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย อาการปวด ภาวะอุจจาระร่วงเรื้อรัง

1.5 มีความเจ็บปวด เช่น ปวดท้องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะจากการติดเชื้อในสมอง โดยความเจ็บปวดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ จากการศึกษาของ Sandoval et al. (2014) พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกส่วนปลาย มีความเจ็บปวดในระดับปานกลางถึงระดับมาก ทั้งนี้ ความเจ็บปวดส่งผลกระทบต่อหลายประการ การศึกษาหลายเรื่องของประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา รายงานว่าความเจ็บปวดมีผลด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ (Wahab & Salami, 2011)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่นๆ (ประทีป ดวงงาม, วัลลภา คชภักดี, และปัญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2555) โดยผู้ป่วยเอดส์จะมีความเครียดตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวีไปจนตลอดชีวิต มีความวิตกกังวล ในรายที่วิตกกังวลมากมักกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มียานพาหนะ จึงมักมีอาการท้อแท้ ซึมเศร้า หดหู่ในชีวิต ย้ำคิดย้ำทำ และอาจมีอาการของโรคกายเหตุจิต (psychosomatic disease) ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการ ผลการวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษา จากการศึกษาของ Gonzalez, Zvolensky, Solomon, and Miller (2010) พบว่าความรู้สึกไวต่อความวิตกกังวลด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับอาการของโรคกายเหตุจิต และความรู้สึกไวต่อความวิตกกังวลด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับอาการของความวิตกกังวล

นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์ยังมีความเครียดอันเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น การถูกแสดงความรู้สึกทั้งทางสีหน้าและท่าทาง การถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

ของตนเอง รวมทั้งการไม่ได้รับโอกาสในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง น้อยใจในสิ่งที่ต้องเผชิญ ไม่มีกำลังใจในการต่อสู้กับชีวิต และมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

ส่วนเรื่องภาพลักษณ์นั้น ผู้ป่วยเอดส์จะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีรูปร่างที่ผอมแห้ง มีตุ่มพุพองตามผิวหนัง หลายรายมีอัตราโทษในทางลบคือ รู้สึกว่าตนเองผิด อับอาย และมีตราประทับ เนื่องจากรับรู้ว่าจะคงมีประณามว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมสำส่อน รักร่วมเพศ หรือติดสารเสพติด ทำให้แยกตัวจากสังคม โดยการรับรู้ตราประทับจากการเป็นโรคเอดส์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (Boyes & Cluver, 2013) จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการรับรู้ตราประทับด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองสูงกว่าด้านอื่น ๆ (มัตติกา ใจจันทร์, วันทนามณีศรีวงศ์กุล, และพุดสุข เชนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, 2558) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์โดยทั่วไปมักรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเองและขาดความภาคภูมิใจ เนื่องจากมีความสามารถทางกายลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

3. ด้านสังคม นอกจากโรคเอดส์จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อครอบครัว หลายครอบครัวที่ผู้นำครอบครัวเป็นผู้ป่วยเอดส์ มีการปรับเปลี่ยนบทบาทโดยให้สมาชิกเป็นผู้นำครอบครัวแทน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเอดส์หญิงประสบปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว โดยเฉพาะการถูกสามีทอดทิ้ง (Burgess & Campbell, 2014) นอกจากนี้ โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล จากการศึกษาของ สุไฮดาร์ แวเตะ, กิตติกร นิลมานัต, และประณิต สังวัฒนา (2552) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์มีสภาวะเครียดที่สุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านลบ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) พักผ่อนไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม 2) ทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ได้แก่ เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ น้อยใจ และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย 3) สูญเสียรายได้ มีหนี้สิน 4) แยกตัวจากสังคม และ 5) ไม่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามปกติ ส่วนผลกระทบต่อชุมชนนั้น พบว่าคนในชุมชนมีความรู้สึก

กลัวและรังเกียจผู้ป่วยเอดส์ ดังการศึกษาที่พบว่าผู้นำชุมชนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์ มีความรู้สึกกลัวรังเกียจ อึดอัดที่ต้องพบปะพูดคุย ทำงาน รับประทานอาหาร และอาศัยอยู่ใกล้บ้านผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมที่แสดงออกว่ารังเกียจ ไม่ยอมรับ หลีกเลียง และปฏิเสธที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (เปรมิตาร์ ทองสงโสม, 2552) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเอดส์มักมีเพศสัมพันธ์ลดลงเนื่องจากภาวะอ่อนเพลีย ภาวะเครียดจากโรค และปัญหาทางเศรษฐกิจ ในกลุ่มสมรสที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ อาจตัดสินใจทำแท้ง

4. ด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยเอดส์มักมีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งที่คิดว่ามีคุณค่าต่อตนเอง ดังการศึกษาของ Kremer and Ironson (2009) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีสาเหตุมาจากความทันทานในการใช้ยาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยเอดส์บางรายคิดว่าการป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นเพราะเวรกรรมหรือการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก็อาจเปลี่ยนมานับถือ เพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ บางรายเลื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากคิดว่าสิ่งนั้นไม่ได้ช่วยเหลือตนให้พ้นจากโรค

การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม

Koffas (2011) กล่าวว่า การให้บริการทางสาธารณสุขเป็นปัจจัยพื้นฐานของโครงสร้างทางสังคมและคุณภาพชีวิตของชนในสังคม ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบทความนี้ ผู้เขียนอิงการดูแลตามมิติของการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing care) โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การดูแลด้านร่างกาย นับเป็นการดูแลพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกายที่จำเป็น เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกาย มีส่วนสำคัญ

อย่างยิ่งในการทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรง ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ (สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธักดี, 2558) ดังนั้น พยาบาลพึงให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 การให้อาหารและน้ำ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์มักมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ดังนั้น พยาบาลจึงควรจัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง โดยทำความสะอาดภายในช่องปากก่อนเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง พยาบาลควรป้อนอาหารให้ โดยพยาบาลควรเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้มปลา แกงจืด ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ และอาหารหมักดอง ทั้งนี้พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอ ซึ่ง Hillesheim, Lima, Silva, and Trindade (2014) พบว่าพลังงานที่ได้รับจากอาหารมีความสัมพันธ์กับจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีสี่และปริมาณเชื้อไวรัสในกระแสเลือดของผู้ป่วยเอดส์

1.2 การให้ยา พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาที่ถูกต้องและตามเวลา หากเป็นยารับประทาน พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้า จากประสบการณ์ของผู้เขียนในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ในการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยบางรายไม่รับประทานยาที่พยาบาลนำมาให้ โดยนำยาที่ได้รับไปซ่อนไว้ได้หมด เนื่องจากเม็ดยามีขนาดใหญ่ ไม่สามารถกลืนได้ สำหรับยาด้านไวรัสนั้น พยาบาลควรดำเนินการต่างๆ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเอดส์ที่รับประทานยาด้านไวรัส เช่น เปิดช่องทางการติดต่อเพื่อนัดตรวจและรับยาด้านไวรัสในรายที่ไม่สามารถมาตามวันนัดได้ จากการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส (มัตติกา ใจจันทร์, วันทนามณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, 2558)

1.3 การบรรเทาความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน แม้ว่าการจัดการความเจ็บปวดจะไม่ได้ถูกกำหนดอยู่ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ตามปกติ (Alexander et al., 2015) อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอื่นๆ ได้รับการบรรเทาในสิ่งที่กำลังเผชิญ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สมาธิบำบัด การดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

1.4 การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จะต้องการให้พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ช่วยเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปเมื่อขับถ่ายอุจจาระและ/หรือปัสสาวะ ต้องการให้ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าเมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น (ณิศร แก้วแดง และสุปราณี ฉายวิจิตร, 2553) นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีการระบายอากาศที่ดี โดยเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

1.5 การออกกำลังกาย พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยเอดส์มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายดี รู้สึกผ่อนคลาย และช่วยให้ภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น โดยการมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและระบบการหายใจ ช่วยให้ค่าดัชนีชี้วัดทางเมตาบอลิกของร่างกายดีขึ้น และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ (Jaggers & Hand, 2014) ทั้งนี้ พยาบาลควรเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเกินไป ในรายที่มีอาการทั่วไปปกติ อาจออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเล่นสูลาซูป เป็นต้น

1.6 การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยเอดส์ต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว รวมทั้งการป้องกันโรคแทรกซ้อนโดยต้องการให้พยาบาลแนะนำ

เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องต่างๆ เช่น การช่วยเหลือตนเอง ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานหรือควรงด การดูแลร่างกายให้แข็งแรง (คณิตสร แก้วแดง และสุปราณี นายจิตร, 2553)

1.7 การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งการได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของผู้อื่น ดังการศึกษาที่พบว่าการทำที่ผู้ป่วยเอดส์สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยังทำสิ่งต่างๆ ได้ แม้จะไม่ได้เท่าคนอื่น ๆ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าตนเองยังมีคุณค่า (คณิตสร แก้วแดง และสุปราณี ราชนิคม, 2558)

2. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การบูรณาการ การดูแลด้านจิตใจเข้ากับการดูแลด้านร่างกาย สามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการการดูแลด้านจิตใจได้ (Wissow et al., 2015) ซึ่งในการดูแลด้านจิตใจนั้น พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ควรบอกหรือขออนุญาตก่อนการปฏิบัติการพยาบาล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ให้สิทธิที่จะปฏิเสธหรือรับการดูแล ช่วยปกปิดในส่วนที่ไม่ควรเปิดเผย รักษาความลับ มีการสัมผัสผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ได้ฟังตนเอง ซึ่งสิ่งสำคัญในการดูแลด้านจิตใจคือ พยาบาลต้องให้เวลากับผู้ป่วยมากพอ ต้องสร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือให้เกิดขึ้น

สำหรับการดูแลด้านอารมณ์ พยาบาลควรมีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ประคับประคองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้/สิ้นหวัง/ซึมเศร้า/สูญเสียคุณค่าในตัวเอง คอยปลอบโยน/ให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และช่วยลดความวิตกกังวลจากการศึกษาของ Gonzalez, Solomon, Zvolensky, & Miller (2009) พบว่าความสามารถในการจัดการกับปัญหาได้อย่างอิสระในระดับสูง และความตระหนักรู้และ

ความตั้งใจอย่างมีสติในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับของความวิตกกังวลเป็นอย่างมาก

3. การดูแลด้านสังคม พยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชน จากการศึกษาของพนมพร ห่วงมาก, อำไพรัตน์ อักษรพรหม, และทัศนีย์ ชชาติไทย (2555) ชี้ให้เห็นว่าถ้าครอบครัวและชุมชนแสดงความรังเกียจและพุดจาเหยียดหยามผู้ป่วยเอดส์ จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น นอกจากนี้ หากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล พยาบาลควรประสานกับหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ อีกทั้งพยาบาลควรส่งเสริมเรื่องการประกอบอาชีพที่เหมาะสม โดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์นั้น จากการศึกษาของสุไฮดาร์ แวเตะ, กิตติกร นิลมานัต, และประณีต ส่งวัฒนา (2552) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านบวก 2 ลักษณะ คือ ภูมิใจที่ได้ดูแล และได้รับประสบการณ์ที่ดี สำหรับชุมชนที่มีผู้ป่วยเอดส์อาศัยอยู่ พยาบาลควรสนับสนุนให้ชุมชนมีการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการนำทุนทางสังคมที่อยู่ในชุมชนนั้นมาใช้ และการดูแลควรเน้นบทบาททั้งของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และกลุ่มแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ด้วยการดูแลแบบบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (อรทัย ศรีทองธรรม, 2551) ดังตัวอย่างการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชนแห่งหนึ่ง ซึ่งมีการจัดให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนและมีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี (ศรีณรัตน์ ระหา และวงศา เลหาศิริวงศ์, 2554)

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ

ซึ่งความเชื่อทางจิตวิญญาณนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต จากการศึกษาของ Hodge and Roby (2010) พบว่าร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเอดส์หญิงรายงานว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณมีบทบาทต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเอง และร้อยละ 43 ของจำนวนนี้ระบุว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปได้ นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงระบุว่าความเชื่อทางจิตวิญญาณเปรียบเสมือนกระบวนการหรือการเดินทางที่เชื่อมต่อกับพระเจ้าหรือพลังที่สูงกว่าจิตวิญญาณและการติดเชื้อเอชไอวีทำให้เข้าใกล้พระเจ้ามากขึ้น (Dalmida, Holstad, Dilorio, & Laderman, 2012) ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณนั้นพยาบาลควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อ/ศาสนาให้ความรักแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง ช่วยให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายที่จะต้องเผชิญ และดูแลผู้ป่วยให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี จากการศึกษาของ Kremer and Ironson (2009) พบว่าคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นผลมาจากความรู้สึกดำเนินในบุญคุณ ความซาบซึ้งใจ ความเบิกบานใจ และความรู้สึกสงบที่เพิ่มขึ้น และความรู้สึกกลัวต่อความตายที่ลดลง

จากข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้น จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม โดยดูแลให้มีร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีอารมณ์อันมั่นคง ส่งเสริมให้เป็นที่ยอมรับของครอบครัวและชุมชน และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ย่อมทำให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติของความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ และมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

- กณิศร แก้วแดง, และสุปราณี ฉายวิจิตร. (2553). ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์: มุมมองของญาติผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 21(1), 42-53.
- กณิศร แก้วแดง, และสุมาลี ราชนิคม. (2558). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 2558 เรื่อง ความหลากหลายทางสุขภาพ*. วันที่ 25-26 มิถุนายน 2558 ณ โรงแรมวังจันทร์ จังหวัดพิษณุโลก.
- ประทีป ดวงงาม, วัลลภา กษภักดี, และบุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2555). ระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดตรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 15 (ฉบับพิเศษ 3), 217-226.
- เปรมิตาร์ ทองส่งโสม. (2552). *ทัศนคติของผู้นำชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ บ้านแพะเจริญ ตำบลนาทราย อำเภอปลี จังหวัดลำพูน*. สืบค้น วันที่ 22 พฤศจิกายน 2554, จาก http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2549/mph0949pt_abs.pdf
- พนมพร ห่วงมาก, อำไพรัตน์ อักษรพรหม, และทัศนีย์ชาติไทย. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและชุมชน กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 23(2), 27-39.
- ภัทรี ไตรสถิต, และคณะ. (2555). *โครงการวิจัยที่เอชพีที-3: การวิจัยแบบผสมตัวอย่างโดยการเปรียบเทียบปริมาณซีดีสี่และปริมาณไวรัสในเลือดในการติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส/กลวิธีในการปรับเปลี่ยนการรักษาในประเทศไทย*. สืบค้น วันที่ 29 พฤศจิกายน 2555, จาก <http://www.kbo.moph.go.th/~cd-aids/TrackA.pdf>

- มัตติกา ใจจันทร์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และพูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์. (2558). ความสัมพันธ์ของลักษณะส่วนบุคคล อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และการรับรู้ตราใบ กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทายด้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(2), 78-92.
- ศรีธนรัตน์ ระหา, และวงศา เล่าศิริวงศ์. (2554). การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่าง ครบถ้วนและต่อเนื่องในชุมชน ตำบลนาทอง อำเภอยะยี่น จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)*, 11(1), 71-82.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2557*. สืบค้น วันที่ 13 มกราคม 2558, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20141128_61345755.pdf
- สุพัตรา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธุ์กักดี. (2558). การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส. *รวมาริธิศพยาบาลสาร*, 21(1), 38-51.
- สุไธดาร์ แวตะ, กิตติกร นิลมนันต์, และประณีต ส่องวัฒนา. (2552). ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเอดส์มุสลิมระยะสุดท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(4), 95-109.
- อรรถัย ศรีทองธรรม. (2551). *กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน*. สืบค้น วันที่ 3 พฤศจิกายน 2558, จาก file:///C:/Users/Administrator/Downloads/2919-5770-1-PB.pdf
- Alexander, C. S., et al. (2015). Pain management for persons living with HIV disease: Experience with interprofessional education in Nigeria. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(5), 555-562.
- Boyes, M. E., & Cluver, L. D. (2013). Relationships among HIV/AIDS orphanhood, stigma, and symptoms of anxiety and depression in South African Youth: A longitudinal investigation using a path analysis framework. *Clinical Psychological Science*, 1(3), 323-330.
- Burgess, R., & Campbell, C. (2014). Contextualising women's mental distress and coping strategies in the time of AIDS: A rural South African case study. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 875-903.
- Dalmida, S. G., Holstad, M. M., Dilorio, C., & Laderman, G. (2012). The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 34(6), 736-765.
- Gonzalez, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J., Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14(3), 403-413.
- Gonzalez, A., Zvolensky, M. J., Solomon, S. E., Miller, C. T. (2010). Exploration of the relevance of anxiety sensitivity among adults living with HIV/AIDS for understanding anxiety vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 138-146.
- Hillesheim, E., Lima, L. R., Silva, R. C., Trindade, E. B. (2014). Dietary intake and nutritional status of HIV-1-infected children and adolescents in Florianopolis, Brazil. *International Journal of STD & AIDS*, 25(6), 439-447.

- Hodge, D. R., & Roby, J. L. (2010). Sub-Saharan African women living with HIV/AIDS: An exploration of general and spiritual coping strategies. *Social Work, 55*(1), 27-37.
- Jaggers, J. R., & Hand, G. A. (2014). Health benefits of exercise for people living with HIV: A review of the literature. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Retrieved November 7, 2015, from <http://ajl.sagepub.com/content/early/2014/06/13/1559827614538750.abstract>
- Kremer, H., & Ironson, G. (2009). Everything changed: Spiritual transformation in people with HIV. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 39*(3), 243-262.
- Koffas, S. (2011). Social dimension and work with the individual - AIDS patient or carrier. *International Journal of Caring Sciences, 4*(1), 51-57.
- Raiten, D. J., Mulligan, K., Papathakis, P., & Wanke, C. (2011). Executive summary—nutritional care of HIV-infected adolescents and adults, including pregnant and lactating women: What do we know, what can we do, and where do we go from here?. *The American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), s1667-s1676.
- Sandoval, R., Roddey, T., Giordano, T. P., Mitchell, K., & Kelley, C. (2014). Pain, sleep disturbances, and functional limitations in people living with HIV/AIDS-associated distal sensory peripheral neuropathy. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 13*(4), 328-334.
- Wahab, K. W., & Salami, A. K. (2011). Pain as a symptom in patients living with HIV/AIDS seen at the outpatient clinic of a Nigerian tertiary hospital. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 10*(1), 35-39.
- Wanyiri, J. W., et al. (2013). Infectious diarrhoea in antiretroviral therapy-naive HIV/AIDS patients in Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene, 107* (10), 631-638.
- Wissow, L. S., et al. (2015). Collaboratively reframing mental health for integration of HIV care in Ethiopia. *Health Policy and Planning, 30*(6), 791-803.