บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพครั้งนี้ ได้ทำการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามขอบเขตการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ดังนี้

1. โรคเอดส์และการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
3. คุณภาพชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
5. แนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพจังหวัดเชียงราย

1. โรคเอดส์และการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึงกลุ่มอาการของโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมกันเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันอันเป็นผลมาจากการติดเชื้อเอช ไอ วี (HIV: Human Immunodeficiency Virus) และปัจจัยร่วม (cofactors) ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะทางกายภาพ ทางเคมี ทางชีวภาพ และทางจิตใจร่วมกัน สาเหตุหลักคือการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่สามารถแบ่งตัวและเติบโตในเม็ดเลือดขาวชนิด Helper T-cell หรือ T4 เมื่อ T-cell มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเชื้อไวรัสก็จะแบ่งตัวตามไปด้วย มีผลให้ Helper T-cell ถูกทำลายไม่สามารถกระตุ้น B-cell ในการสร้างแอนติบอดี้ เพื่อต่อต้านเชื้อ มีผลให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้

อาการและอาการแสดงของโรคเอดส์แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic) ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่บางรายอาจมีอาการคล้ายเป็นหวัด ถ้าตรวจเลือดจะพบผลบวกได้ภายหลังรับเชื้อ 6 สัปดาห์ ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

2. ระยะเริ่มแสดงอาการ (Symptomatic) ตรวจพบผลเลือดบวกต่อเชื้อเอช ไอ วี ร่วมกับมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง เช่น Oral Candidiasis, Herpes มีอาการต่างๆ เรื้อรังเกิน 1 เดือน เช่น มีไข้ ท้องเสีย ผิวหนังอักเสบ น้ำหนักลด

3. ระยะเอดส์ (AIDS) เป็นระยะที่ภูมิต้านทานร่างกายถูกทำลายมาก ทำให้ติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เช่นปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ มะเร็งอวัยวะต่างๆ

การติดต่อของเชื้อไวรัสเอช ไอ วี มี 3 ทาง ได้แก่

1. ติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด
3. การติดต่อจากมารดาสู่ทารก

สำหรับการจัดระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546) อ้างใน แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปี 2547 (2547) ได้ให้แนวทางว่าต้องเข้าใจสภาพปัญหาและผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคลและครอบครัว ในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโรค เพื่อให้ระบบบริการดูแลรักษาครอบคลุมสภาพปัญหาและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชน ซึ่งระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องเป็นระบบที่มีความครอบคลุมสภาพปัญหาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องโดยเป้าประสงค์ของการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ คือ

1. ให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดกำลังใจยอมรับการติดเชื้อเข้าใจในสภาพการติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาการยอมรับ และความช่วยเหลือจากครอบครัวและชุมชน

2. ดำเนินชีวิตตามสถานภาพเดิมและพัฒนาให้สามารถควบคุมความเครียดจากสภาวะติดเชื้อให้เกิดน้อยที่สุด ป้องกันการแพร่เชื้อเอช ไอ วี

3. ป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อน บำรุงสุขภาพ พัฒนาครอบครัว ให้การสนับสนุนสงเคราะห์ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากผู้ติดเชื้อเสียชีวิต

4. ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เตรียมความพร้อมครอบครัว การให้การสนับสนุนและสงเคราะห์เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากผู้ติดเชื้อเสียชีวิต

5. ให้การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากการเสียชีวิต สนับสนุนให้ชุมชนเกื้อกูลกัน

เอดส์จึงเป็นปัญหาที่ไม่ได้เกิดกับเฉพาะกับผู้ที่ติดเชื้อเอดส์เท่านั้น แต่หากเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งในทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว ชุมชนและสังคม และขณะเดียวกันยังทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สูญเสียชีวิตของวัยแรงงานที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เกี่ยวข้องแวดล้อมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อีกด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

การได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งมีความสลับซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเจ็บป่วยของโรคในระยะต่างๆ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบันได้ทำให้ความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เราสามารถแบ่งการได้รับความต้องการได้ดังนี้

ประการแรกคือ การได้รับความต้องการด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านจิตใจนับว่าเป็นปัญหาแรกที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องเผชิญ อันเนื่องมาจากความวิตกกังวลจากโรคเอดส์ที่เป็นโรคที่ไม่มียารักษาได้ผลแน่นอน และความกลัวที่จะต้องถูกเปิดเผย และกลัวการถูกรังเกียจจากเพื่อน ญาติพี่น้อง ครอบครัว และผู้คนในสังคม ความวิตกกังวลดังกล่าวได้สร้างความเครียดและความคับข้องทางจิตใจให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์และเกิดผลกระทบรวมทั้งปัญหาต่างๆตามมางานศึกษาของ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ และคณะ (2534) ได้ศึกษาแบบแผนจิตสังคมของชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์พบว่าจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อเอดส์มี 3 ระยะ คือระยะเริ่มแรกที่ทราบว่ามีเชื้อเอดส์จะมีความตกใจ เสียใจ ไม่แน่ใจ ตื่นเต้น ร้องไห้ทำอะไรไม่ถูก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เกลียดตัวเอง โชคร้าย เป็นการถูกลงโทษและการรับประทานอาหารไม่อร่อย ระยะที่สองเป็นระยะของการสงสัยในการติดเชื้อเอดส์ จึงแสวงหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเรื่องการติดเชื้อเอดส์ อาการและความรุนแรงของโรคเป็นระยะที่เข้าพบบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย และการค้นหาความรู้จากหนังสือต่างๆ ระยะที่สามเป็นระยะของการปรับตัวที่ค่อนข้างอยู่ตัวและสามารถเลือกวิธีการดำเนินชีวิตตามที่ตนต้องการในผู้ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะมีการทำลายตนเองหรือก้าวร้าวผู้อื่นอย่างรุนแรง

เช่นเดียวกันกับปฏิกิริยาตอบสนองและการปรับตัวภายหลังจากการตรวจพบเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาตอบสนองและการปรับตัวภายหลังการตรวจพบเชื้อเอดส์ของผู้ติดเชื้อไว้ดังนี้คือ

1. ช็อค สับสน ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรดี
2. ปฏิเสธไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์
3. โกรธคนที่ทำให้ตนเองติดเชื้อ โทษผู้อื่นเกี่ยวกับการติดเชื้อของตน
4. ต่อรองคิดเข้าข้างตนเองว่าอาจมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ดลบันดาลให้หายจากโรคได้ถ้าไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

5. กลัวความเจ็บปวด กลัวการสูญเสีย กลัวตาย

6. รู้สึกโดดเดี่ยว เหมือนอยู่ตัวคนเดียว

7. จมอยู่กับความคิดของตนเอง กังวลในเรื่องการติดเชื้อ คิดว่าบุคคลรอบข้างพูดถึงนินทาเกี่ยวกับตนเอง หลีกหนีเพื่อนๆ และบุคคลอื่นซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

8. รู้สึกไร้ค่า ไม่อยากไปไหน ไม่รับประทานอาหาร ไม่พูดกับใคร

9. ยอมรับภาวการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เรียนรู้การดูแลตนเอง ลดพฤติกรรมแพร่เชื้อ

10. มีความหวัง หวังว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป หวังว่าอนาคตข้างหน้าโรคนี้อาจสามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

จากปัญหาที่เกิดขึ้นกับการได้รับความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์นั้นพบว่า การได้รับความเข้าใจ การยอมรับและสัมพันธภาพจากผู้คนรอบข้างจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถปรับตัว และเลือกวิธีการดำเนินชีวิตตามที่ตนต้องการ เช่น งานศึกษาของ เฮดด์ และคณะ (Hedge et al., 1995) ที่ศึกษาความต้องการทางด้านจิตวิทยาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับการถูกคุกคามโดยความเจ็บป่วยของโรคเอดส์ และผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำไปปรับใช้ในการกำหนดการให้บริการกับผู้ป่วยเอดส์ได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ลีวิน (Levine, 1995) ที่ศึกษาความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของเด็กวัยรุ่นกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ความต้องการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดของเด็กคือ ความต้องการบริการด้านสุขภาพจิต รวมถึงการให้คำปรึกษาหลังจากที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยเอดส์ ฯลฯ เป็นต้น

ดังนั้นปัญหาที่สัมพันธ์กับการถูกคุกคามโดยความเจ็บป่วยและความต้องการการดูแลที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองที่มีความต้องการมากที่สุด คือ ความต้องการประคับประคองทางด้านอารมณ์ ต้องการความเข้าใจ การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ หรือการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ความต้องการระบายความคับข้องใจ ความกลัว และความวิตกกังวล ซึ่งสิ่งเหล่านี้หากได้รับการเกื้อหนุนจาก ครอบครัว เครือญาติ ชุมชน และสังคมจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น

ประการที่สองคือ การได้รับความต้องการทางสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากการติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะการถูกทอดทิ้งจากครอบครัวและเครือญาติ ชุมชนและสังคม ในหลายกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกให้ออกจากงาน การถูกปิดกั้นในการทำงาน การถูกปฏิเสธในการรับบริการต่างๆ ที่จำเป็นจากสังคม หลายๆ กรณีที่ผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายไม่ได้รับการดูแลต้องพึ่งพิงสถานพยาบาล หรือการที่คู่สามีภรรยาเจ็บป่วยด้วยเอดส์ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องทั้งเด็กที่เป็นลูกและพ่อแม่ผู้สูงอายุที่เคยได้อาศัยพึ่งพาการเลี้ยงดู เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เราต้องมองถึงมิติทางด้านสังคม เศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านสังคมที่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขมิอาจจัดการปัญหาได้โดยลำพัง จึงต้องอาศัยมาตรการทางสังคมชุมชนในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วย

การเกื้อหนุนทางสังคมจึงเป็นแนวทางหนึ่งของการช่วยแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยการเกื้อหนุนทางสังคมหมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น แบ่งการเกื้อหนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ ความรัก

2. การยืนยัน และการรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้นอาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารหรือเวลา

นอกจากนี้การเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่ง เฮาส์ (House, 1986 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ, 2532) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมการเกื้อหนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบคือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน เป็นต้น

2. การสนับสนุนโดยการประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับการเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา รวมถึงการเกื้อหนุนทางสังคมที่อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrument Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้น ฮอฟแมน (Hoffman, 1991) ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประการแรก เป็นการเกื้อหนุนจากบุคคล (Interpersonal Support System) ประกอบด้วยคู่สามีภรรยาหรือ ภรรยา คนรัก ครอบครัวและเพื่อน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้กำลังใจเป็นบุคคลซึ่งผู้ป่วยมักกลับไปขอความช่วยเหลือที่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดอนโล และคณะ (Donlou et al., 1985) ที่พบว่า แม่และเพื่อนสนิทเป็น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

บุคคลที่สำคัญที่สุดในการให้กำลังใจ ส่วนพ่อและคนรักหรือคู่ครองจะสำคัญรองลงมา และประการที่สองคือ การเกื้อหนุนจากกลุ่มองค์กร (Institutional Sources of Support) ได้แก่ ชุมชน องค์กรศาสนา บุคลากรด้านสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ที่ทำงานกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ซึ่งความต้องการการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะช่วยทำให้ผู้ติดเชื้อปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี ถ้าหากได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับความต้องการในด้านต่างๆ ทั้งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของเพื่อช่วยเหลือชีวิตความเป็นอยู่ สิ่งเหล่านี้จะเป็นการช่วยเหลือเกื้อหนุนให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

ประการที่สามคือ การได้รับความต้องการทางกาย ซึ่งการได้รับความต้องการทางกายนั้นจะแตกต่างกันออกไปตามปัญหาทางกายของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะของอาการป่วย ปฏิกิริยาจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น งานศึกษาของ สมมาตร พรหมภักดี (2540) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพและความสามารถในการตอบสนองหรือให้ความช่วยเหลือของแหล่งบริการต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการเลือกแหล่งบริการทางการแพทย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจใช้แหล่งบริการทางการแพทย์ใกล้บ้าน และความต้องการการบริการสุขภาพของผู้ป่วยเอดส์มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงหรืออาการของโรคที่เป็นอยู่ เช่นเดียวกันกับการศึกษาการพัฒนาการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในซิมบับเวของ แจคสัน และ เคอร์ทโฮเวน (Jackson & Kerhhoven, 1995) ที่พบว่าการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมีความจำเป็นมาก แต่ยังมีความครอบคลุมต่ำและผู้ป่วยจำนวนมากมีโรคที่ต้องการความช่วยเหลือมากกว่าให้ที่บ้าน ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งศูนย์ให้บริการสุขภาพในชุมชนเพื่อให้การดูแลครอบคลุมมากขึ้น

ดังนั้นเราจะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับการได้รับความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อนำมาพิจารณาในการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เราพบว่าปัญหาต่างๆ ของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ประสบมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพความเจ็บป่วยของโรคในระยะต่างๆ การดูแลที่บ้านจึงไม่เพียงพอ การจัดบริการศูนย์พัฒนาสุขภาพและให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ จึงมีความจำเป็นและขณะเดียวกันเราจำเป็นต้องศึกษาควบคู่ไปกับการจัดบริการดังกล่าวว่าได้ช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างไร

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

3. คุณภาพชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

คุณภาพชีวิต เป็นคำมีความหมายอย่างหลากหลายซึ่งนักวิชาการต่างๆ ได้ให้ความหมายแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดตามแนวความคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ (Campbell, 1976) ขณะที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต (WHO, 1996) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสภาวะของตน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความผาสุกด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณคุณภาพชีวิตเป็นการพิจารณาปัจจัยต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และสุขภาพอนามัย ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล อย่างไรก็ตามในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเน้นปัจจัยด้านสุขภาพเท่านั้น จึงมีการกำหนดคำขึ้นมาอีกคำหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQoL) (Burgess et al., 1993)

เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดของคุณภาพชีวิต จึงเป็นผลที่ทำให้ยากที่จะสรุปถึงการใช้เครื่องมือหรือเครื่องชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลที่เป็นแบบวัดที่มีความเป็นมาตรฐานสากลได้ยาก การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลายและมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษานั้น การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยึดหลักการของการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งให้ผู้ป่วยบอกเอง โดยอาศัยเครื่องมือที่อยู่ในรูปของแบบสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามที่ถามผู้ป่วยในด้านต่างๆเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครอบคลุม โดยส่วนใหญ่มิติที่นิยมตั้งข้อคำถามในแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ มิติความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Physical function) มิติการทำงาน (Role function) มิติการการส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Social function) มิติสภาวะทางจิตใจ (Psychological function) มิติความคิดเห็นสภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ประเภทของเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิต โดยทั่วไปสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ แบบสอบถามทั่วไปและแบบสอบถามเฉพาะเจาะจง

1. แบบสอบถามทั่วไป ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพแบบกว้างๆ ที่อาจเกิดจากการใช้ยารักษาโรค หรือเกิดจากวิธีการรักษาโรควิธีใดวิธีหนึ่ง แบบสอบถามชนิดนี้ วัดความสามารถในการทำกิจกรรมที่แต่ละบุคคลกระทำในชีวิตประจำวัน

รวมถึงสภาวะทางอารมณ์หรือจิตใจ ข้อเด่นของแบบสอบถามชนิดนี้คือ สามารถให้ภาพรวมของสุขภาพในแง่ต่างๆ แต่ข้อด้อยคือ ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลแบบกว้างๆไม่สามารถติดตามผลกระทบที่แตกต่างกันในแต่ละโรคได้

2. แบบสอบถามเฉพาะเจาะจง เป็นแบบสอบถามที่ถามข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงต่อปัจจัยบางอย่างสามารถสามารถวัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยและผลจากการใช้วิธีการรักษา โดยความเฉพาะเจาะจงมีหลายลักษณะ ได้แก่ แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มโรค (Disease-cluster instrument) แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงต่อโรคใดโรคหนึ่ง (Disease-specific measures) แบบสอบถามเฉพาะเจาะจงต่อกลุ่มประชากร (Population specific measures)

สำหรับการประเมินโดยใช้เครื่องมือ MOS-HIV (Medical Outcomes Study-HIV) ได้มาจากความต้องการเครื่องมือที่สั้นกระชับใช้ในการวิจัยโรคเอดส์ ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบเจาะจง สำหรับใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือผู้ป่วยเอดส์ ที่สั้น ครอบคลุม และใช้กันแพร่หลาย เครื่องมือชนิดนี้มีข้อดีในประเด็นที่ว่ามีความครอบคลุมถึง 10 มิติ โดยครอบคลุมในเรื่องของ health perceptions, pain, physical, role, social, cognitive functioning, mental health, energy, health distress, quality of life ที่มีความสอดคล้องสำหรับการวัดคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีความไวในการวัดการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ รวมทั้งทำนายผลได้ในอนาคตของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี (Wu AW และคณะ, 1997) ซึ่งผู้ศึกษาได้นำแบบประเมิน MOS-HIV มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีการศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้แก่

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตและการเผชิญปัญหาของบุคคล เนื่องจาก เพศชายและเพศหญิงมีบทบาทและค่านิยมในสังคมที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ นูน และคณะ (Nunes et al., 1995) พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี คะแนนคุณภาพชีวิตในเพศหญิง ต่ำกว่าเพศชายทั้งในบทบาทหน้าที่และสุขภาพจิต การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา สรุปได้ว่าผู้ติดเชื้อเอดส์เพศหญิง มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อเพศชาย (Holzemer, 1998) แต่จากการศึกษาของ ถวิล สังฆมณี (2544) และ วรรณชัย คำป่าแลว (2545) พบว่า ปัจจัยทางด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของติดเชื้อ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

อายุ บุคคลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้นด้วย (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) ผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้มีอายุน้อย (สุดารัตน์ วรรณสาร, 2541) แต่ผลการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นมักเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นและปรับตัวได้ดี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง และมีความเบื่อหน่ายในการต่อสู้กับชีวิตจึงรับรู้คุณภาพชีวิตที่ต่ำ แต่มีการศึกษาระบุว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุไม่แตกต่างกัน (วรรณชัย คำป่าแลว, 2545)

การศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความคาดหวังต่อความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตค่อนข้างสูง แต่ในขณะเดียวกันเมื่อเกิดอุปสรรคที่ทำให้ไม่อาจบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ก็ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างการตอบสนองความต้องการของตนเองในสถานการณ์ที่เป็นจริงกับเป้าหมายที่เป็นจริงกับเป้าหมายที่ตั้งไว้มาก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Ferrans & Powers, 1985) แต่ผลการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการขจัดความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน และดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ถูกต้องดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของ วรรณชัย คำป่าแลว (2545) พบว่าสถานภาพสมรสในกลุ่มที่มีคู่ครองและกลุ่มที่ไม่มีคู่ครอง มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) และผลการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

การประกอบอาชีพ บุคคลที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จากการศึกษาของ เดิร์คเซ็น (Dirksen, 1990) ที่พบว่าการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความผาสุกในชีวิต กล่าวคือ บุคคลที่ยังประกอบอาชีพนั้นจะมีการรับรู้ความผาสุกในชีวิตสูงกว่าบุคคลที่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) และพบว่าผู้ที่มีอาชีพที่มั่นคงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพ

รายได้ จัดเป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพสังคม เศรษฐกิจ มีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532) สอดคล้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

กับ ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และคณะ (2541) สุมณฑา กบิลพัตร (2541) และ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าบุคคลและครอบครัวที่มีรายได้สูง ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่ดีได้

โรคร่วม จากการศึกษาในประเทศสเปน พบว่าโรคที่เป็นร่วมกับการติดเชื้อเอดส์ มีต่อการดำเนินโรคและการรอดชีพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (Arias, 1996) พยากรณ์โรคของผู้ติดเชื้อไม่ได้ขึ้นกับจำนวน CD4 Count เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับอายุของผู้ติดเชื้อและโรคที่เป็นมาก่อนด้วย (Sabin, 1997)

การสนับสนุนทางสังคม การศึกษาผู้ติดเชื้อเพศหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสังคมรอบข้างมีอิทธิพลสูงต่อคุณภาพชีวิต (Sowell, 1997) ในประเทศเวเนซูเอล่าและแคนาดา การได้รับสนับสนุนจากสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่วัดด้วย MOS SF-36 ดีขึ้น (Bastardo, 1998; Friedland, 1996)

ระยะของโรค จากการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536) พบว่าผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่มีอาการ คือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่แสดงอาการมักเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงร่างกายที่เคยแข็งแรงจะเกิดการเจ็บป่วยบ่อย การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลงเกิดความไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานจากโรคเอดส์เองและโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ขณะเดียวกันก็มีความกังวลใจ ในเรื่องต่างๆ เช่นกลัวสังคมจะรู้ว่าตนเป็นโรคนี้ กลัวถูกไล่ออกจากงาน มีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น ซึ่งเป็นผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ในขณะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์นั้นได้ปรับตัวต่อภาวะนี้มานานกว่า ชยันตร์ธร ปทุมานนท์ และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาคุณค่าชีวิตของผู้ติดเชื้อ จากการประเมินด้วยวิธี time-trade-off ของผู้ติดเชื้อระยะไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อระยะมีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ ลดลงจากของผู้ไม่ติดเชื้อร้อยละ 7.01, 20.14 และ 24.7 ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ติดเชื้อระยะแสดงอาการมีคุณค่าชีวิตลดต่ำลงมากและต่ำลงอีกเล็กน้อยเมื่อเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเต็มขั้น

อาการของโรค การศึกษาของ สุดารัตน์ วรรณสาร (2541) พบว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการแสดงของโรค มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ติดเชื้อมีอาการโรค การศึกษาคุณภาพชีวิตในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ติดเชื้อที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกเวลากลางคืนและไข้ มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการดังกล่าว (Cunningham, 1998) และอาการอุจจาระร่วงซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอดส์และมีผลให้คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลง (Watson, 1996) อาการเจ็บปวดมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อลดลง (Rosendfeld, 1996)

ระดับ CD4 Count การศึกษาในประเทศอังกฤษโดยเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ติดเชื้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อที่มี CD4 ต่ำกว่า 200 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ติดเชื้อที่มี CD4 มากกว่า 200 ประมาณ 2 ถึง 5 เท่า (Brettle, 1997) และ ผู้ติดเชื้อที่มี CD4 ต่ำกว่า 50 มีโอกาส

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เสียชีวิตได้สูงกว่าผู้ติดเชื้อที่มี CD4 มากกว่า 200 ประมาณ 9 เท่า และผู้ติดเชื้อที่มี CD4 Count สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีจำนวน CD4 Count ต่ำ (Nunes,1995)

การได้รับยาต้านไวรัสและชนิดของยาต้านไวรัส ในการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับการเปลี่ยนสูตรยาเป็น 3NRTI จะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้นและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Gatti, 2002) ในประเทศบราซิล ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา AZT, 3TC และ Ritonavir มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมในช่วงการรักษา 6 เดือนแรกใกล้เคียงสภาวะปกติพบผลข้างเคียงของยาเพียงเล็กน้อย และไม่พบผลข้างเคียงหลังให้การรักษา 2 สัปดาห์ไปแล้ว (Neto, 2000)

ภาวะแทรกซ้อนจากยาต้านไวรัส ดังการศึกษาของ Jordi Blanch และคณะ (2004) ศึกษาผู้ติดเชื้อในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัส ร้อยละ 56 จะเกิดอาการแทรกซ้อน คือ ไขมันย้ายที่ (Lipodystrophic changes) เช่นก้น ท้อง แขน เต้านม คอ ใบหน้าและขา ร้อยละ 20-65 มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาพลักษณ์ ความเชื่อมั่นในตัวเอง การเข้าสังคม รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ โดยเพศหญิงจะพบปัญหาในเรื่องการแต่งกายและเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ชาย

จากปัจจัยที่สำคัญเหล่านี้จึงจำเป็นต้องนำมาศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพว่ามีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร

5. แนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพจังหวัดเชียงราย

แนวทางการให้บริการศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นแนวนโยบายในการจัดบริการทางสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดูแลสุขภาพและสังคมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่มีองค์กรทั้งภาครัฐ เอกชน รวมถึงองค์กรชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล แกนนำผู้ติดเชื้อ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ผู้นำชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อเป็นศูนย์สุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์
2. เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานความร่วมมือด้านสังคมเศรษฐกิจ
3. เพื่อเป็นศูนย์กิจกรรมเครือข่าย กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และองค์กรต่างๆที่ทำงานด้านเอดส์
4. เพื่อเป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ วิถีชีวิตระหว่างผู้ติดเชื้อ และองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

สำหรับแนวทางการดำเนินงานของศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เชียงราย เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้ความช่วยเหลือ ศูนย์ประสานงาน และเป็นศูนย์รวมของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่จะเข้ากลุ่มดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยจุดเริ่มต้นมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ริเริ่มและดำเนินการร่วมกับองค์กร บุคคล ชุมชน เพื่อให้มีการดำเนินการดูแลสุขภาพหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ มีสุขภาพกาย ใจ ที่ดีขึ้น ครอบครัวหรือชุมชนให้การยอมรับเกิดเครือข่ายการให้ความช่วยเหลือและการดูแลซึ่งกันและกันของแต่ละชุมชนทั้งในชุมชนและนอกชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างการพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐ/เอกชน/กลุ่มต่างๆ ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมขั้นตอนในการดำเนินงานในศูนย์บริการและพัฒนาสุขภาพเชียงรายดังนี้

1. จัดรวบรวมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. เตรียมทีมงานในการดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาล สถานีอนามัยและชุมชน
3. จัดระบบบริการด้านสุขภาพและจัดกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

3.1 บริการสุขภาพกาย ประกอบด้วยบริการให้การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI), การให้ยาต้านไวรัส (ARV), การวางแผนการจำหน่าย, สนับสนุนกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อ

3.2 บริการสุขภาพทางจิตใจในเรื่องสมาธิ สุขภาพจิตและบริการให้คำปรึกษา

3.3 บริการด้านสังคม สนับสนุนการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อ ประสานหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน

3.4 บริการทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สนับสนุนกิจกรรมการระดมทุน บริการแพทย์ทางเลือก

4. การพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งทางด้านวิชาการ การเป็นวิทยากรและผู้ช่วยวิทยากรในการให้ความรู้รณรงค์สร้างความตระหนัก การวางแผนงานและการเขียนโครงการ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆและการบริหารจัดการ

5. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานในระหว่างเจ้าหน้าที่, กลุ่มผู้ติดเชื้อ และการศึกษาดูงาน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved